

Documentos

Trabajo y salud en Barcelona



Trabajo y salud en Barcelona

Edita:
Agència de Salut Pública de Barcelona

Producción gráfica:
Primer Segona serveis de comunicació

Depósito Legal: B-20.722-09

Mayo 2009



Impreso en paper reciclado

Trabajo y salud en Barcelona

Presidenta de la Agencia de Salud Pública de Barcelona
Isabel Ribas

Gerente de la Agencia de Salud Pública de Barcelona
Conrad Casas

Adjunto a Gerencia de la Agencia de Salud Pública de Barcelona
Joan Ramon Villalbí

Dirección del Instituto de Servicios a la Comunidad
Lucía Artazcoz

Trabajo y salud en Barcelona

Autoras

Imma Cortès

Lucía Artazcoz

Índice

Presentación	Presentación	11
Resúmenes	Resumen ejecutivo	13
Introducción	Introducción	21
Métodos	Métodos	25
El trabajo remunerado	1. Características generales del mercado laboral de Barcelona.....	30
	1.1. La población ocupada.....	30
	1.2. La segregación de género en el trabajo remunerado	31
	1.3. El paro	33
	1.4. La inestabilidad laboral	34
	1.5. Los horarios laborales	35
	1.6. El país de origen	38
	2. Los riesgos laborales	40
	3. El estado de salud.....	43
	3.1. Lesiones por accidente de trabajo	43
	3.2. Enfermedades profesionales	44
	3.3. Enfermedades relacionadas con el trabajo	47
	3.4. Estado de salud percibido	48
	3.5. Salud mental.....	49
	3.6. Dolor de espalda cervical.....	49
	3.7. Dolor de espalda lumbar.....	50
	3.8. Jaqueca o dolores de cabeza frecuentes.....	51
	3.9. Trastornos crónicos.....	51
	3.10. Satisfacción con las condiciones de trabajo	52
	4. Los comportamientos relacionados con la salud	54
	4.1. Tabaquismo	54
	4.2. Exceso de peso.....	54
	4.3. Ejercicio físico en el tiempo de ocio.....	56
	4.4. Horas de sueño	57
El trabajo doméstico y familiar	1. Características generales de la población de 16 a 64 años.....	60
	2. Compaginación de la vida laboral y familiar.....	63
	2.1. La dedicación al trabajo doméstico y familiar.....	63
	2.2. El estado de salud	66
	2.3. Los comportamientos relacionados con la salud.....	68
	3. Amas de casa y mujeres ocupadas	69
	3.1. El estado de salud	70
	3.2. Los comportamientos relacionados con la salud.....	73
Conclusiones	Conclusiones.....	75
Propuestas para los servicios públicos de la ciudad	Propuestas para los servicios públicos de la ciudad	77
Anexos	Anexo 1. Ocupaciones más frecuentes en la población ocupada en las diferentes categorías de clase social según la ESB06.....	80
	Anexo 2. Correspondencia entre los grupos de ocupación y la clase social	82
Referencias	Referencias	83

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Población de 16 a 64 años según la situación laboral y el sexo.....	30
Figura 2. Población ocupada según la clase social ocupacional y el sexo.....	30
Figura 3. Población ocupada según la ocupación y el sexo.....	31
Figura 4. Población ocupada según el sector de actividad económica, el sexo y la situación geográfica.....	31
Figura 5. Hombres y mujeres en las 10 ocupaciones más frecuentes en la población ocupada.....	32
Figura 6. Población ocupada con personal a su cargo según el sexo y el nivel de estudios.....	32
Figura 7. Población activa según la situación laboral (trabajo y paro con y sin prestaciones económicas), el sexo y la clase social.....	33
Figura 8. Población asalariada según el tipo de contrato, el sexo y la clase social.....	33
Figura 9. Horas semanales de trabajo remunerado en la población ocupada según el sexo.....	34
Figura 10. Población ocupada con jornadas de trabajo largas según el sexo, la clase social y el trabajo por cuenta propia o por cuenta ajena.....	35
Figura 11. Población asalariada con jornadas de trabajo largas y trabajo a tiempo parcial según el sexo y la ocupación.....	36
Figura 12. Población ocupada según el tipo de jornada laboral, el sexo y la clase social.....	36
Figura 13. Población ocupada con jornadas irregulares o variables según el sexo, la clase social y el trabajo por cuenta propia o por cuenta ajena.....	37
Figura 14. Población asalariada con flexibilidad horaria en la jornada habitual según el sexo y la clase social.....	38
Figura 15. Población asalariada con flexibilidad horaria en la jornada habitual según el sexo y la ocupación.....	38
Figura 16. Población ocupada de clase manual según el sexo y el país de nacimiento.....	38
Figura 17. Hombres asalariados según el tipo de contrato, la clase social y el país de nacimiento.....	39
Figura 18. Mujeres asalariadas según el tipo de contrato, la clase social y el país de nacimiento.....	39
Figura 19. Hombres ocupados expuestos a riesgos laborales según la clase social.....	40
Figura 20. Mujeres ocupadas expuestas a riesgos laborales según la clase social.....	40
Figura 21. Población ocupada que realiza movimientos repetitivos según la ocupación y el sexo.....	41
Figura 22. Población ocupada con falta de autonomía según la ocupación y el sexo.....	41
Figura 23. Lesiones por accidente de trabajo mortales y graves según la ocupación.....	43
Figura 24. Lesiones por accidente de trabajo mortales y graves según el sexo, la clase social y el tipo de accidente. Barcelona, 2007.....	44
Figura 25. Evolución de las lesiones por accidente de trabajo graves y mortales según la gravedad. Barcelona, 2000-2007.....	44
Figura 26. Evolución de las lesiones por accidente de trabajo graves y mortales según el tipo de accidente. Barcelona, 2000-2007.....	45
Figura 27. Lesiones no mortales por accidente de trabajo en jornada laboral según la región sanitaria. Cataluña, 2004.....	45
Figura 28. Enfermedades profesionales según la ocupación y el sexo. Barcelona, 2006.....	46
Figura 29. Evolución de las enfermedades profesionales. Barcelona, 2001-2006.....	46
Figura 30. Enfermedades profesionales con baja según la región sanitaria. Cataluña, 2004.....	46
Figura 31. Trastornos de salud relacionados con el trabajo según la ocupación y el sexo. Barcelona, 2007.....	47
Figura 32. Evolución de los trastornos de salud relacionados con el trabajo según el diagnóstico. Barcelona, 2001-2007.....	47
Figura 33. Población ocupada con mal estado de salud percibido según el sexo y la clase social.....	48
Figura 34. Población ocupada con mal estado de salud percibido según el sexo y la ocupación.....	48
Figura 35. Población ocupada con mala salud mental según el sexo y la clase social.....	49
Figura 36. Población ocupada con mala salud mental según la ocupación y el sexo.....	49
Figura 37. Población ocupada con dolor de espalda cervical según el sexo y la clase social.....	50
Figura 38. Población ocupada con dolor de espalda cervical según el sexo y el empleo.....	50
Figura 39. Población ocupada con dolor de espalda lumbar según el sexo y la clase social.....	50
Figura 40. Población ocupada con dolor de espalda lumbar según la ocupación y el sexo.....	51
Figura 41. Población ocupada con jaqueca o dolores de cabeza frecuentes según el sexo y la clase social.....	51
Figura 42. Población ocupada con jaqueca o dolores de cabeza frecuentes según la ocupación y el sexo.....	52
Figura 43. Población ocupada con uno o más trastornos crónicos según el sexo y la clase social.....	52

Figura 44. Población ocupada con uno o más trastornos crónicos según el sexo y la ocupación	53
Figura 45. Población ocupada con insatisfacción con las condiciones de trabajo según el sexo y la clase social	53
Figura 46. Población ocupada con insatisfacción con las condiciones de trabajo según la ocupación y el sexo	53
Figura 47. Población ocupada fumadora según la clase social y el sexo	54
Figura 48. Población ocupada fumadora según la ocupación y el sexo	54
Figura 49. Población ocupada con exceso de peso según la clase social y el sexo	55
Figura 50. Población ocupada con exceso de peso según la ocupación y el sexo	55
Figura 51. Población ocupada que no realiza actividad física moderada ni vigorosa en el tiempo de ocio según la clase social y el sexo	56
Figura 52. Población ocupada que no realiza actividad física moderada ni vigorosa en el tiempo de ocio según la ocupación y el sexo	56
Figura 53. Población ocupada que duerme seis horas o menos al día según la clase social y el sexo	57
Figura 54. Población ocupada que duerme seis horas o menos al día según la ocupación y el sexo	57
Figura 55. Población de 16 a 64 años según el estado civil o de convivencia y el sexo	60
Figura 56. Cuidado de las personas menores de 15 años en población de 16 a 64 años según el sexo	60
Figura 57. Cuidado de las personas mayores de 65 años en población de 16 a 64 años según el sexo	61
Figura 58. Cuidado de las personas con discapacidad en población de 16 a 64 años según el sexo	61
Figura 59. Responsabilidad principal de las tareas domésticas en población de 16 a 64 años según el sexo	61
Figura 60. Horas semanales de trabajo doméstico en población de 16 a 64 años según el número de hijos o hijas en el hogar y el sexo	62
Figura 61. Horas semanales de trabajo doméstico en población de 16 a 64 años según el nivel de estudios y el sexo	62
Figura 62. Cuidado de las personas menores de 15 años en población ocupada casada o que vive en pareja según el sexo	63
Figura 63. Cuidado de las personas mayores de 65 años en población ocupada casada o que vive en pareja según el sexo	64
Figura 64. Cuidado de las personas con discapacidad en población ocupada casada o que vive en pareja según el sexo	64
Figura 65. Responsabilidad principal de las tareas domésticas en población ocupada casada o que vive en pareja según el sexo	64
Figura 66. Horas semanales de trabajo doméstico en población ocupada casada o que vive en pareja según el número de hijos o hijas en el hogar y el sexo	65
Figura 67. Horas semanales de trabajo doméstico en población ocupada casada o que vive en pareja según la clase social y el sexo	65
Figura 68. Horas semanales de trabajo doméstico en población ocupada casada o que vive en pareja según la edad y el sexo	65
Figura 69. Horas semanales de trabajo remunerado en población ocupada casada o que vive en pareja según el número de hijos o hijas en el hogar y el sexo	65
Figura 70. Horas semanales de trabajo total en población ocupada casada o que vive en pareja según el número de hijos o hijas en el hogar y el sexo	66
Figura 71. Horas semanales de trabajo total en población ocupada casada o que vive en pareja según la clase social y el sexo	66
Figura 72. Población ocupada casada o que vive en pareja con mal estado de salud percibido, mala salud mental y consumo de psicofármacos según el sexo	67
Figura 73. Población ocupada casada o que vive en pareja con mal estado de salud percibido, mala salud mental y consumo de psicofármacos según la clase social y el sexo	67
Figura 74. Población ocupada casada o que vive en pareja con mal estado de salud percibido, mala salud mental y consumo de psicofármacos según la convivencia o no con personas con discapacidad y el sexo	68
Figura 75. Comportamientos relacionados con la salud en población ocupada casada o que vive en pareja según la clase social y el sexo	68
Figura 76. Amas de casa y mujeres ocupadas según la situación laboral y la edad	69
Figura 77. Amas de casa y mujeres ocupadas según la situación laboral y el nivel de estudios	69
Figura 78. Cuidado de las personas menores de 15 años en amas de casa y mujeres ocupadas según la situación laboral	69
Figura 79. Cuidado de las personas mayores de 65 años en amas de casa y mujeres ocupadas según la situación laboral	70

Figura 80. Cuidado de las personas con discapacidad en amas de casa y mujeres ocupadas según la situación laboral.....	70
Figura 81. Responsabilidad principal de las tareas domésticas en amas de casa y mujeres ocupadas según la situación laboral.....	70
Figura 82. Horas semanales de trabajo doméstico en amas de casa y mujeres ocupadas según el número de hijos o hijas en el hogar y la situación laboral	71
Figura 83. Horas semanales de trabajo doméstico en amas de casa y mujeres ocupadas según el nivel de estudios y la situación laboral	71
Figura 84. Horas semanales de trabajo total en amas de casa y mujeres ocupadas según el número de hijos o hijas en el hogar y la situación laboral	71
Figura 85. Horas semanales de trabajo total en amas de casa y mujeres ocupadas según el nivel de estudios y la situación laboral.....	71
Figura 86. Amas de casa y mujeres ocupadas con mal estado de salud percibido, mala salud mental y consumo de psicofármacos según el nivel de estudios y la situación laboral	72
Figura 87. Amas de casa y mujeres ocupadas con mal estado de salud percibido, mala salud mental y consumo de psicofármacos según la convivencia o no con personas con discapacidad y la situación laboral	72
Figura 88. Comportamientos relacionados con la salud en amas de casa y mujeres ocupadas según el nivel de estudios y la situación laboral.....	73
Figura 89. Correspondencia entre los grupos de empleo (CCO a un dígito) y la clase social ocupacional según el sexo	82

Presentación

Desde mediados de los años setenta, las sociedades occidentales se encuentran en un proceso de cambio del modelo económico que está ocasionando transformaciones importantes en el sistema productivo y las relaciones laborales. La globalización económica y la terciarización de la economía y de la población activa en los países desarrollados son dos de los cambios de mayor relieve. Esta tendencia se acompaña de un aumento de valoración del conocimiento y de la formación, por lo que en la actualidad cada vez hay menos puestos de trabajo que se caractericen por las exigencias físicas, mientras que las de tipo mental y emocional son cada vez más preeminentes. Una tercera tendencia está marcada por el cambio tecnológico constante y acelerado, representado sobre todo por las tecnologías de la información. También se producen nuevas formas de organización del trabajo y de la producción que tienen como elemento central la idea de la flexibilidad como forma de mejorar la productividad y la adaptación a los cambios constantes de la población trabajadora.

Por otra parte, la incorporación masiva de las mujeres al mercado de trabajo hace entrar en crisis el modelo tradicional de división sexual del trabajo, conlleva importantes transformaciones sociales y está exigiendo una adaptación de las dos principales esferas en las que hasta hace muy poco se dividía de manera rígida la vida social: el trabajo remunerado y el trabajo doméstico y familiar. Pero a pesar de esto, el mercado laboral aún mantiene una profunda segregación de género, tanto horizontal como vertical, y en los hogares los papeles de hombres y mujeres cambian poco. Así, el problema de la conciliación de la vida laboral y familiar surge al intentar compaginar la familia y el trabajo remunerado, sin que se haya complementado la transición hacia un modelo nuevo sustentado en un reparto equilibrado de los papeles de hombres y mujeres en el ámbito familiar.

En este entorno de cambios relacionados con el trabajo surge la necesidad de conocer el impacto que las formas de trabajo ejercen en la salud de la población trabajadora, un aspecto que a menudo, cuando menos en nuestro entorno, se ha centrado en los dos indicadores clásicos de la salud laboral, las lesiones por accidente de trabajo y las enfermedades profesionales que, pese a su importancia, son claramente insuficientes para valorar los múltiples vertientes de la relación entre el trabajo y la salud.

En este informe se abordan, con datos muy recientes y centrados en la ciudad de Barcelona, la salud y el trabajo, con un análisis focalizado en uno de los ejes de los cambios comentados, la división sexual del trabajo. En un próximo informe se profundizará en el otro, la salud laboral con relación a la globalización económica y la precariedad.

Resumen

Resumen ejecutivo

Resumen ejecutivo

El trabajo remunerado

1. Características generales del mercado laboral de Barcelona

La actividad laboral remunerada es la situación más frecuente entre la población barcelonesa de 16 a 64 años. Según la Encuesta de población activa, en Barcelona, en el cuarto trimestre de 2007, la tasa específica de actividad era de 84,8% en los hombres y de 66,0% en las mujeres, la de empleo de 80,0% en los hombres y de 66% en las mujeres y la de paro de 5,7% en los hombres y 6% en las mujeres.

La población ocupada

Poco más de la mitad de la población ocupada son hombres, que trabajan más en empleos de tipo manual (sobre todo en ocupaciones de la industria, construcción y minería) que las mujeres, entre quienes hay más profesionales, personal de servicios y comercio y administrativas. El sector de los servicios es el mayoritario, sobre todo en el caso de las mujeres, puesto que el 88% trabajan en el mismo. En comparación con el resto de Cataluña, la población ocupada de Barcelona está más feminizada, tiene una edad ligeramente superior, trabaja más en el sector de los servicios (sobre todo los hombres) y es en mayor proporción de clases sociales no manuales.

La segregación de género en el trabajo remunerado

El incremento de mujeres en el mercado de trabajo sigue un patrón de segregación por género, tal como sucede en el resto de Europa. La segregación horizontal se caracteriza por una presencia de hombres y mujeres en ocupaciones y sectores de actividad muy diferentes y un abanico de ocupaciones y actividades económicas mucho más reducido para las mujeres. En Barcelona existen 51 ocupaciones en las que prácticamente solo trabajan hombres y 15 ejercidas casi exclusivamente por mujeres. En la construcción, un 88% de los trabajadores son hombres, mientras que en las actividades del hogar que ocupan a personal doméstico o en actividades diversas de servicios personales hay una proporción similar de mujeres. La segregación vertical la ilustra que el 27% de los hombres ocupados tienen personal a su cargo, mientras que en el caso de las mujeres tan solo lo tienen el 15%, diferencia que se incrementa entre las personas con niveles de estudios superiores.

El paro

El impacto de la pérdida o falta de trabajo remunerado en la salud se asocia con diferentes problemas de salud, sobre todo de tipo mental. Uno de los factores implicados son las dificultades financieras, de manera que el cobro de algún tipo de prestación económica es un factor protector

de la salud. Según la Encuesta de Salud de Barcelona de 2006 (ESB06), el 8,9% de las mujeres y el 6,8% de los hombres están en paro, con porcentajes superiores en las clases sociales más desfavorecidas. El 52,6% de la población parada no cobra ninguna prestación económica y son las mujeres y las clases sociales más desfavorecidas las que menos prestaciones reciben.

La inestabilidad laboral

La inestabilidad en el puesto de trabajo se relaciona con una salud mental, y también social, peor, entendida esta como la dificultad en la transición a la vida adulta. Las formas de contratación más inestables se distribuyen de forma diferente, con una proporción mayor de hombres con contrato temporal de obra o servicio (5,4% de los asalariados) y de mujeres que trabajan sin contrato (4,1%). Las clases sociales menos acomodadas tienen menor proporción de contratos fijos y mayor proporción de las formas más inestables de contratación (el 6,6% de los hombres de las clases IV-V tienen contratos de obra o servicio y el 9,5% de las mujeres del mismo grupo trabajan sin contrato). Solo un 29,4% de los hombres de 16 a 24 años tienen un contrato fijo.

Los horarios laborales

Las horas de trabajo

Existen claras diferencias de género en la duración de la jornada laboral. Los hombres efectúan jornadas más largas y las mujeres trabajan más a tiempo parcial. Las trabajadoras de clases manuales son las que realizan menos jornadas de duración estándar (30-40 horas semanales).

Las jornadas de trabajo largas se asocian a un amplio abanico de problemas de salud. El 41,5% de los hombres ocupados trabajan más de 40 horas semanales (el 11,3% más de 50 horas), sobre todo los que trabajan por cuenta propia y, entre estos, los de las clases manuales (más de dos tercios realizan más de 40 horas). Entre los hombres asalariados, las jornadas largas las efectúan sobre todo directivos, trabajadores de servicios y de comercio, operadores de instalaciones y maquinaria y trabajadores cualificados de la industria y la construcción (más del 40% hacen horarios de más de 40 horas semanales). Entre las mujeres destacan las trabajadoras de servicios y comercio (25%).

Del mismo modo que las jornadas largas son predominantemente masculinas, el trabajo a tiempo parcial es sobre todo femenino: un 17,5% en el caso de las mujeres ocupadas y un 7% en el de los hombres ocupados. Estas jornadas se han asociado a unas condiciones de trabajo peores y suelen ser trabajos poco cualificados, mal pagados, monótonos, con pocas oportunidades de promoción y con menor estabilidad. Las trabajadoras no cualificadas y las cualificadas de la industria y la construcción son las que más trabajan a tiempo parcial; entre los hombres, son los trabajadores de los servicios y el comercio.

Las jornadas laborales

Además del número de horas dedicado al trabajo remunerado, la distribución de estas a lo largo del día determina en buena medida la organización del resto del tiempo, de manera que las jornadas en horarios no estándar pueden dificultar la vida social y familiar; además, algunos tipos de jornada se han asociado a un amplio abanico de trastornos de salud. Una cuarta parte de la población ocupada de Barcelona realiza una jornada no estándar, siendo la más frecuente la jornada irregular o variable según los días (12,6%), seguida del trabajo por turnos (5,8%).

La jornada irregular es más frecuente entre la población que trabaja por cuenta propia, en los hombres, entre los de clases más acomodadas y, en las mujeres, es un poco más frecuente entre las de clases manuales (el 40% de las mujeres autónomas de clases manuales). En la población asalariada, entre los hombres son los profesionales científicos e intelectuales los que más realizan este tipo de jornada y, entre las mujeres, las trabajadoras no cualificadas.

Son las clases sociales menos acomodadas las que más trabajan por turnos, sobre todo el personal operario de instalaciones y maquinaria de ambos sexos, con un porcentaje del 15,4%. Las jornadas continuas de noche son las menos frecuentes entre la población ocupada, siendo más habituales en los hombres, las clases sociales manuales y, sobre todo, entre los hombres en ocupaciones no cualificadas (9,6%) seguidos del personal de servicios y comercio de ambos sexos.

La flexibilidad horaria

El 44,6% de la población ocupada de Barcelona tiene flexibilidad en su jornada habitual de trabajo, situación que se asocia sobre todo al hecho de trabajar o no por su cuenta (80% en el primero caso y 38% en el segundo). Los hombres asalariados tienen mayor flexibilidad horaria que las mujeres y los de clases más acomodadas doblan a los de clases manuales. Los hombres en ocupaciones no cualificadas y las mujeres cualificadas de la industria y la construcción son las ocupaciones con menor flexibilidad. En algunas ocupaciones, las diferencias entre hombres y mujeres son destacadas.

El país de origen

Aproximadamente las dos terceras partes de la población ocupada de Barcelona ha nacido en Cataluña. El siguiente colectivo más numeroso es el constituido por las personas procedentes de países en desarrollo (18,1%), que trabajan mayoritariamente en ocupaciones manuales (el 68,8% de los hombres y el 74,8% de las mujeres). Una proporción significativa de los hombres nacidos en estos países se concentran en la construcción (el 31,4% de los hombres trabajadores manuales son de esta procedencia), mientras que la mitad de las mujeres trabajan como empleadas domésticas

(19,4%), personal de limpieza de oficinas y hoteles (11,7%), dependientas (11,0%) y camareras (8,0%). En general, las condiciones de trabajo están ligadas fundamentalmente a la clase social, más que al país de origen, aunque en algunos aspectos son peores en las personas nacidas en países en desarrollo. Por ejemplo, la inestabilidad laboral es más elevada (entre los hombres de clases manuales, el 73,6% de los nacidos en Cataluña tienen un contrato fijo, mientras que los nacidos en países en desarrollo son el 41,9%), el salario es más bajo (sobre todo entre las mujeres) y algunos riesgos laborales son más frecuentes.

2. Los riesgos laborales

Según la ESB06, los factores de riesgo de naturaleza psicosocial son los más presentes en la población ocupada de Barcelona, junto con los movimientos repetitivos. Los hombres están más expuestos a la movilización de pesos y al polvo y las mujeres un poco más a los movimientos repetitivos. Los trabajadores y trabajadoras de clases manuales son los que tienen mayor exposición a los riesgos considerados en la ESB06, sobre todo a los riesgos físicos entre los hombres y a los movimientos repetitivos y a la monotonía en el trabajo, las mujeres. En general, el personal cualificado de la industria y la construcción, el no cualificado y el operador de instalaciones y maquinaria son las ocupaciones con mayor exposición; en algunos también lo está el personal de servicios y comercio.

3. El estado de salud**Lesiones por accidente de trabajo**

En el año 2007 en Barcelona se han producido 42.609 lesiones por accidente de trabajo (LAT) con baja, 448 de ellas graves y 29 mortales. Estos dos últimos tipos son más frecuentes en hombres y en clases manuales. Los hombres en ocupaciones cualificadas de la industria y la construcción presentan la mayor proporción de estas LAT (26,4%), seguidos por los de ocupaciones no cualificadas. Una tercera parte de las LAT graves y mortales se han producido in itinere y poco más de la mitad han sido de causa traumática durante la jornada laboral. Así como estas últimas han afectado sobre todo a trabajadores y trabajadoras manuales, las primeras han tenido mayor peso entre las clases más acomodadas. Entre los años 2000 y 2007 la incidencia de las LAT ha disminuido, sobre todo las graves y las de causa traumática ocurridas durante la jornada laboral. Las mortales se han mantenido bastante estables (alrededor de cincuenta anuales), salvo en los dos últimos años, con un notable incremento en el año 2006 y un descenso aún más pronunciado en 2007. La incidencia de LAT en jornada laboral es inferior en Barcelona que en el resto de Cataluña, mientras que las producidas in itinere tienen valores semejantes en ambos territorios.

Enfermedades profesionales

En el año 2006 se notificaron 617 enfermedades profesionales (EP) con baja que afectaron a proporciones similares de mujeres y hombres. La mayoría fueron por fatiga de las vainas tendinosas (80,8% en hombres y 70,9% en mujeres), seguidas de las producidas por parálisis de los nervios debida a presión (5,8% en hombres y 17,9% en mujeres). La mayoría de las EP declaradas afectaban a población ocupada de clases manuales siendo las ocupaciones más frecuentes, entre las mujeres, las trabajadoras no cualificadas seguidas de las de servicios y comercio, y entre los hombres los trabajadores cualificados de la industria y la construcción seguidos de los operadores de instalaciones y maquinaria. El número y la incidencia de enfermedades profesionales han experimentado una tendencia decreciente desde el año 2001, especialmente marcada en 2006. En comparación con el resto de regiones sanitarias de Cataluña, la incidencia de EP es significativamente más baja en Barcelona.

Enfermedades relacionadas con el trabajo

De los 415 casos notificados en el año 2007 a la Unidad de Salud Laboral (USL) de Barcelona, casi dos terceras partes se han producido en mujeres. Entre los hombres han sido más frecuentes en clases manuales y entre las mujeres en las no manuales. El empleo más frecuente entre las mujeres ha sido el de profesional de apoyo, seguido de las trabajadoras de servicios y comercio, mientras que entre los hombres han sido los trabajadores cualificados de la industria, la construcción y la minería, seguidos de los profesionales de apoyo y los trabajadores no cualificados. Entre los años 2001 y 2007, los casos notificados a la USL de Barcelona han pasado de 48 a 415 y los problemas de salud de tipo ansioso-depresivo han sido los más notificados en los últimos años (en 2007 han constituido el 64,3%, seguidos por los trastornos músculo esqueléticos, que han sido el 20,7%), con una frecuencia muy superior a la del resto de regiones sanitarias (en 2005 en Cataluña fueron el 34% y en Barcelona el 70,5%).

Estado de salud percibido

El 16,7% de las mujeres ocupadas y el 11,1% de los hombres ocupados afirman tener un estado de salud regular o malo, con mayor frecuencia en las clases sociales menos acomodadas (el 26,2% de las mujeres de clases manuales tenían mal estado de salud). El personal no cualificado (sobre todo las mujeres, entre las que más de una tercera parte tenía mal estado de salud), operadores de instalaciones y maquinaria, personal cualificado de la industria y construcción, y también, sobre todo entre las mujeres, las trabajadoras de los servicios y comercio, son las ocupaciones con peor salud percibida. En algunas ocupaciones las diferencias de género son muy acentuadas y hay que destacar que entre las mujeres de servicios y comercio la proporción de mal estado de salud se multiplica por 2,4 con relación a los hombres de la misma ocupación y edad.

Salud mental

La proporción de mujeres con mal estado de salud mental es el doble que la de hombres (18% frente a 9,2%) y también es superior en las clases sociales menos acomodadas de ambos sexos, sobre todo entre las mujeres (el 23% de las de clases IV-V tienen mala salud mental). Mujeres en ocupaciones no cualificadas, operadoras de instalaciones y maquinaria, servicios y comercio y administrativas (con proporciones iguales o superiores al 20%) y hombres en ocupaciones no cualificados (17,6%) son los grupos ocupacionales con frecuencia más elevada de sufrimiento mental. Las desigualdades de género se aprecian sobre todo entre el personal de servicios y comercio, administrativo y profesionales de apoyo.

Dolor de espalda cervical

Por lo que respecta al dolor crónico de espalda a nivel cervical, la proporción de mujeres ocupadas que lo sufren dobla la de los hombres (26,3% y 13,2%, respectivamente). Las clases sociales menos acomodadas tienen mayor incidencia de dolor cervical, con una elevada proporción de mujeres de clases IV-V. En ambos sexos, el personal operador de instalaciones y maquinaria es el que presenta mayor porcentaje de dolor cervical (23,6% los hombres y 41,2% las mujeres). Entre las mujeres, las siguen las de ocupaciones no cualificadas y las trabajadoras de servicios y comercio. Entre los hombres, destacan los trabajadores no cualificados y los cualificados de la industria y la construcción. Las mayores desigualdades entre hombres y mujeres se producen en el personal de servicios y comercio (las mujeres tienen una frecuencia cuatro veces superior a los hombres de la misma ocupación y edad).

Dolor de espalda lumbar

La proporción de mujeres con dolor lumbar es similar al cervical (26,3%) y la de hombres superior (19%). Con la edad se incrementan las diferencias entre unos y otras. En ambos sexos, el trabajo en ocupaciones manuales multiplica por dos la probabilidad de sufrir dolor lumbar con respecto a las clases no manuales. La proporción más elevada es la de las mujeres de clases IV-V (33%). Los hombres y las mujeres operadores de instalaciones y maquinaria (sobre todo las mujeres) y el personal no cualificado son las ocupaciones que sufren con mayor frecuencia dolor lumbar.

Jaquica o dolores de cabeza frecuentes

Un 15,3% de la población ocupada afirma sufrir jaquica o dolores de cabeza frecuentes, más las mujeres que los hombres (un 21,6% de mujeres y 9,7% de hombres). Entre los hombres no hay diferencia entre clases sociales, contrariamente a las mujeres, en las que son las de clases manuales las que más los sufren (27,1%). La frecuencia más alta de jaquica se da en las trabajadoras cualificadas de la industria y la construcción y en las no cualificadas. En general, las diferencias entre hombres y mujeres son muy elevadas en todas las ocupaciones, pero hay que destacar

las que se dan entre el personal directivo y el cualificado de la industria y la construcción.

Trastornos crónicos

Un 63,7% de la población ocupada sufre por lo menos uno de los trastornos crónicos considerados en la ESB06, más las mujeres (73,7%) (sobre todo las de clases manuales) que los hombres (58,4%). Las proporciones de personas con trastornos crónicos varían poco entre ocupaciones, pero teniendo en cuenta la diferente distribución de la edad, las trabajadoras de clases manuales y específicamente las no cualificadas presentan más trastornos crónicos en comparación con los otros grupos. Las desigualdades entre hombres y mujeres en la misma ocupación son más acentuadas entre el personal operador de instalaciones y maquinaria, con 5,6 veces más mujeres que presentan por lo menos un trastorno crónico que los hombres de la misma edad.

Satisfacción con las condiciones de trabajo

La mayor parte de la población ocupada se manifiesta satisfecha con sus condiciones de trabajo, valoración que se incrementa con la edad. La proporción de mujeres insatisfechas con las condiciones de trabajo es un poco superior a la de hombres (17,7% y 14,9%, respectivamente) y son las clases más acomodadas las que están más satisfechas. Operadores de instalaciones y maquinaria y personal no cualificado destacan entre los hombres en cuanto a la proporción de insatisfacción con el trabajo, con valores próximos al 30%, mientras que en las mujeres son las trabajadoras cualificadas de la industria y la construcción. Entre hombres y mujeres hay grandes desigualdades entre el personal cualificado de la industria y la construcción y los profesionales de la ciencia y los intelectuales, independientemente de la edad.

4. Los comportamientos relacionados con la salud

Tabaquismo

La frecuencia de tabaquismo es superior entre los hombres ocupados (el 32,5% de los hombres y el 24,8% de las mujeres fuman), y entre estos en los de clases más desfavorecidas, sobre todo entre los trabajadores cualificados de la industria y la construcción, operadores de instalaciones y maquinaria y trabajadores no cualificados.

Exceso de peso

El exceso de peso es más frecuente entre los hombres (52,4% de los hombres por 27,1% de las mujeres), incrementándose en ambos sexos en las clases más desfavorecidas, sobre todo entre las mujeres. Los operadores de instalaciones y maquinaria y los trabajadores cualificados de la industria y la construcción son, entre los hombres, las ocupaciones que presentan exceso de peso con mayor frecuencia. Entre las mujeres, destacan las trabajadoras en ocupaciones no cualificadas.

Ejercicio físico en el tiempo de ocio

La práctica de actividad física moderada o vigorosa en el tiempo de ocio es más frecuente entre los hombres (45,1% de los hombres y 30,9% de las mujeres). En ambos sexos lo es menos entre las clases sociales menos acomodadas, entre las que destacan las mujeres de clases manuales, tres cuartas partes de las cuales no realizan esta actividad. Sobre todo las mujeres en ocupaciones no cualificadas practican muy poca actividad física moderada o vigorosa en tiempo de ocio; las trabajadoras de servicios y comercio también se cuentan entre las que menos practican este tipo de actividad. Entre los hombres, trabajadores no cualificados, operadores de instalaciones y maquinaria y trabajadores cualificados de la industria y la construcción son los más sedentarios en tiempo de ocio.

Horas de sueño

Entre la población ocupada de Barcelona, el 29,4% duerme seis horas o menos al día, sin diferencias de género. Entre las mujeres, el porcentaje de las que duermen pocas horas es superior entre las de clases manuales y las de ocupaciones no cualificadas, con una proporción del 43,9%, muy superior a la de los hombres de la misma ocupación.

El trabajo doméstico y familiar

1. Características generales de la población de 16 a 64 años

En nuestro entorno, las mujeres siguen siendo las principales responsables de las labores domésticas y familiares. Un 13% de las mujeres de 16 a 64 años trabaja a tiempo completo como ama de casa, mientras que el porcentaje entre los hombres es insignificante. La mayoría de las amas de casa (74,5%) habían trabajado con anterioridad y la principal razón para abandonar el trabajo remunerado son las obligaciones familiares.

Un poco más de la mitad de las personas de 16 a 64 años están casadas o viven en pareja y es más frecuente que las mujeres convivan con hijos y con personas mayores de 65 años. En cambio, no existen diferencias de género en cuanto a convivir con alguna persona con discapacidad ni a disponer de una persona contratada para las labores domésticas.

Hay una clara desigualdad de género en la distribución de las labores domésticas y familiares, que se refleja en todos los indicadores analizados. Así, la proporción de mujeres que se ocupan principalmente del cuidado de personas mayores de 65 años y de personas con discapacidad es el doble que la de hombres, el 38% se ocupan de las labores domésticas como limpiar, planchar, cocinar, etc., en comparación con el 2,4% de los hombres que afirman ser los principales responsables de esta labor. El tiempo de dedi-

cación a estas tareas refleja la diferencia entre unos y otros (11,2 horas de media semanal entre los hombres y 22,9 entre las mujeres). Entre los hombres no se observa ninguna asociación con el número de hijos o hijas, mientras que entre las mujeres, en cambio, hay una tendencia creciente en el tiempo dedicado a estas labores a medida que se incrementa el número de hijos o hijas (las que conviven con tres o más criaturas les dedican 36 horas semanales). En ambos sexos se asocia al nivel de estudios, pero en sentido contrario, ya que la dedicación se incrementa en los hombres con estudios superiores y en las mujeres con estudios primarios.

2. Compaginación de la vida laboral y familiar

Este apartado se centra en las personas de 16 a 64 años ocupadas y casadas o que viven en pareja.

La dedicación al trabajo doméstico y familiar

El tiempo de dedicación al trabajo doméstico y familiar y al trabajo remunerado refleja una clara división sexual del trabajo. La media de horas semanales dedicadas al trabajo remunerado es superior en los hombres (44 horas y 36,4 horas en hombres y mujeres, respectivamente) y al doméstico y familiar en las mujeres (9,5 horas los hombres y 18,3 horas las mujeres). El tiempo de trabajo total es superior entre las mujeres (53,4 horas y 54,6 horas en hombres y mujeres, respectivamente).

Los porcentajes de mujeres que son responsables principales del cuidado de personas mayores de 65 años y de personas con discapacidad son superiores a los de los hombres, y sobre todo lo son con relación a las labores domésticas (39,6% de las mujeres y 1,1% de los hombres) y al cuidado de menores de 15 años (29,8% y 0,7%, hombres y mujeres, respectivamente).

El tiempo de trabajo doméstico es superior entre las mujeres y entre estas se incrementa de forma lineal con el número de hijos o hijas en el hogar y entre las clases sociales más desfavorecidas; entre los hombres no se observa ninguna asociación con estas variables. El número de criaturas no se asocia con un aumento de horas del trabajo remunerado entre los hombres, mientras que en las mujeres se observa una pequeña reducción. Por último, las diferencias de género en el tiempo de trabajo total son insignificantes entre las parejas que no conviven con hijos o hijas y entre las de clases más privilegiadas, pero se incrementan a medida que lo hace el número de criaturas y entre las clases más desfavorecidas (entre los hombres con tres criaturas o más la media de tiempo de trabajo total es de 55,6 horas, mientras que entre las mujeres en la misma situación es de 62,9). Los resultados sugieren que las diferencias de género en el tiempo de trabajo doméstico no se reducen significativamente entre las generaciones más jóvenes.

El estado de salud

El estado de salud de las mujeres es peor que el de los hombres: tienen un estado de salud percibido más malo, una salud mental también peor y consumen más psicofármacos. En ambos sexos, la frecuencia de mal estado de salud percibido y de mal estado de salud mental se incrementa entre las clases sociales más desfavorecidas; además, entre las mujeres también lo hace el consumo de psicofármacos. En ambos sexos, la frecuencia de mal estado de salud percibido y de mal estado de salud mental es superior entre los que viven con una persona con discapacidad y, además, entre las mujeres el porcentaje de consumo de psicofármacos es también superior.

Los comportamientos relacionados con la salud

La proporción de personas que no realizan actividad física moderada o vigorosa en tiempo de ocio es superior entre las mujeres (71,8% y 60,1%), mientras que la frecuencia de tabaquismo y la de exceso de peso lo es entre los hombres (56,5% y 30,0% por lo que respecta al tabaquismo y 28,6% y 22,7% por lo que respecta al exceso de peso). Entre las mujeres, el exceso de peso es la única situación asociada con una característica de la unidad familiar, la convivencia con personas con discapacidad (53,6% de las mujeres que viven con personas discapacitadas por 28,4% de las que no). En ambos sexos el tabaquismo, el sedentarismo y el exceso de peso son más frecuentes entre las personas de clases desfavorecidas. Además, mientras que entre los hombres las horas de sueño no se asocian con la clase social, entre las mujeres dormir seis horas o menos al día es más frecuente entre las trabajadoras manuales.

3. Amas de casa y mujeres ocupadas

Este apartado se centra en las amas de casa y las mujeres ocupadas de 16 a 64 años casadas o que viven en pareja.

Ser ama de casa es más frecuente entre las mujeres mayores y las de menor nivel de estudios. Las amas de casa conviven más frecuentemente con personas mayores de 65 años y con personas con discapacidad, mientras que entre las mujeres ocupadas es más frecuente tener una persona contratada para las tareas del hogar.

Las amas de casa se encargan con mucha mayor frecuencia que las mujeres ocupadas de la responsabilidad principal de las labores domésticas y del cuidado de las personas menores de 15 años. Las diferencias son menores por lo que respecta al cuidado de los mayores de 65 años y casi inexistentes en el cuidado de las personas con discapacidad.

El tiempo de trabajo total es mucho más alto entre las mujeres ocupadas, que le dedican 59,8 horas semanales frente a las 42,1 de las amas de casa. En ambos grupos, el número de horas, tanto de trabajo doméstico como de trabajo total semanal, se incrementa con el número de

hijos o hijas en casa. Entre las mujeres ocupadas también se incrementan el trabajo doméstico y el total al disminuir el nivel de estudios y son las ocupadas con estudios primarios las que tienen mayor dedicación (dedican al conjunto de ambos trabajos 63 horas semanales).

El estado de salud

No existen diferencias ni en el estado de salud percibido ni en el estado de salud mental entre ambas situaciones laborales, pero la frecuencia de consumo de psicofármacos es superior entre las amas de casa. Mientras que entre las mujeres ocupadas los tres indicadores de salud se asocian con el nivel de estudios, en las amas de casa solo se observa asociación con el estado de salud percibido. Por otra parte, en ambos colectivos, convivir con una persona con discapacidad se asocia con un estado de salud percibido y de salud mental peor y con un consumo de psicofármacos más elevado.

Los comportamientos relacionados con la salud

La frecuencia de exceso de peso es superior entre las amas de casa (53,1% frente a 30,7%). Tanto entre las mujeres empleadas como entre las amas de casa, el porcentaje de exceso de peso, de sedentarismo durante el tiempo de ocio y de las que duermen seis horas o menos al día se incrementa entre las que tienen un nivel de estudios más bajo. Hay un patrón de nivel socioeconómico diferente por lo que respecta al tabaco: mientras que entre las mujeres ocupadas la frecuencia es superior entre las de menor nivel de estudios, entre las amas de casa sucede al revés. Convivir con personas con discapacidad se asocia a exceso de peso entre las mujeres ocupadas (53,6% de las que conviven con ellas tienen exceso de peso por 28,4% de las que no conviven) y a dormir seis horas o menos al día entre las amas de casa (55,6% frente a 37,1%).

Introducción

Introducción

Existen muchas razones que explican el potencial efecto beneficioso del trabajo sobre la salud. En primer lugar, para la mayoría de las personas el trabajo remunerado es la principal fuente de recursos económicos. Además, proporciona otros beneficios intangibles como estatus social, autoestima, oportunidad de desarrollar las propias habilidades, tomar decisiones, apoyo social o estructura temporal de la vida cotidiana.¹ Por otra parte, el paro se suele considerar un factor primario de exclusión social que impide el acceso a los beneficios del trabajo remunerado.

Pero en algunos trabajos los beneficios son pocos. Hay trabajos donde los salarios bajos apenas si permiten sobrevivir, donde los trabajadores y las trabajadoras deben realizar trabajos monótonos o repetitivos, donde no pueden utilizar sus habilidades ni tomar decisiones, donde se suceden los contratos temporales, o en los que se encuentran expuestos a otros riesgos que ponen en peligro su salud física o mental. Por otra parte, el hecho de tener trabajo o no y las posibilidades de encontrarlo, así como tener unas condiciones de trabajo buenas o malas, no es aleatorio sino un fenómeno estructural determinado en gran medida por el género y la clase social, ligado al mismo tiempo a las desigualdades en la estructura de poder existente en la sociedad y en el trabajo.

El término desigualdades en la salud hace referencia a las diferentes oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas de diferente clase social, género, etnia o territorio, de manera que los colectivos más desfavorecidos, que son las clases sociales menos aventajadas, las mujeres, las personas que viven en áreas geográficas con mayor privación material o social y las personas inmigrantes de países de renta baja, presentan una salud peor que el resto de colectivos.² Es importante señalar que, desde el punto de vista de la salud, el impacto de las desigualdades sociales es superior al de otros factores de riesgo tan conocidos como el tabaquismo. Además, afectan a toda la población, no solo a las personas en situaciones extremadamente desfavorecidas, y en los últimos años están aumentando. Por último, está demostrado que las desigualdades sociales en salud se pueden reducir mediante la puesta en práctica de políticas sociales y sanitarias apropiadas.³

Los estudios sobre desigualdades en salud laboral en España son muy escasos, algunos trabajos dispersos de la

década de los años noventa del siglo pasado ponían en evidencia el peor estado de salud, medido con diferentes indicadores, con relación al paro, los trabajos manuales y los contratos temporales. El primer análisis efectuado en Cataluña se publicó en el año 2003⁴ y ponía de manifiesto la existencia de desigualdades de género y de clase social en la salud laboral que tres años más tarde, en una evaluación de la evolución de estas desigualdades, se constataba que persistían.⁵

El análisis sobre la influencia del trabajo en la salud se ha desarrollado en dos líneas paralelas. Por una parte, la salud laboral clásica ha centrado la atención en los riesgos de seguridad e higiene del trabajo remunerado y en los trabajos manuales característicos de los hombres, en los que estos riesgos están más presentes. Las mujeres han trabajado siempre, pero aunque han entrado masivamente en el mercado laboral hace décadas, existe un desarrollo insuficiente de la salud laboral referida al sexo femenino.⁶ La situación empieza a cambiar debido a los grandes cambios en la producción, en la organización del trabajo y en el mercado de trabajo que han hecho ampliar el campo de análisis a los riesgos ergonómicos y psicosociales.

Paralelamente, el estudio de las desigualdades sociales en la salud se desarrolla en gran medida con el trabajo como elemento central de marcos estructurales de análisis diferente para hombres y mujeres. En los primeros se centra en las desigualdades de clase social, habitualmente medida a través del empleo. Por el contrario, el marco de roles –que examina generalmente tres roles, la situación laboral,^a el estado civil o de convivencia y la paternidad o maternidad, donde los papeles de madre y esposa son centrales y el empleo se considera un rol adicional– ha dominado el análisis de los determinantes sociales de la salud de las mujeres.⁷ Este enfoque contrasta con la escasa atención dada a la influencia de los roles familiares en la salud de los hombres, así como a las desigualdades de género en la salud derivadas de la desigual distribución de las responsabilidades familiares entre hombres y mujeres.^{8,9} Por otra parte, los estudios sobre determinantes sociales de la salud de las mujeres no han tenido suficientemente en cuenta el papel de la clase social que, al igual que el género, representa una categoría social que determina diferentes valores y actitudes, recursos y oportunidades.

a Por situación laboral se entiende la relación de las personas con el mercado laboral. Las más analizadas son empleado/a, en paro y ama de casa.

El olvido de las mujeres en la salud laboral clásica o el uso de enfoques diferentes para el análisis de los determinantes sociales de la salud según el sexo son consistentes con la división sexual del trabajo que impregna toda la sociedad y dicta para los hombres un papel central en el ámbito laboral y público y para las mujeres un rol protagonista en la vida familiar.

Por consiguiente, un abordaje más amplio de la salud laboral implica tener en consideración el trabajo remunerado y el trabajo doméstico y familiar.^b En este informe se analiza la relación entre el trabajo y la salud en Barcelona desde una perspectiva integradora de la salud laboral clásica centrada en la exposición a los riesgos laborales del trabajo remunerado y de los marcos procedentes del análisis de las desigualdades sociales en la salud. Por este motivo, el informe se ha organizado en dos grandes apartados, el primero dedicado al trabajo remunerado, con el análisis de las condiciones de trabajo, los riesgos laborales, el estado de salud y los comportamientos relacionados con la salud, en todos los casos con respecto a la ocupación. El segundo gran apartado, por su parte, examina el trabajo doméstico y familiar centrándose en la situación laboral y analizando la salud y los comportamientos relacionados con la misma en dos situaciones concretas: la compaginación de los dos ámbitos laborales en personas ocupadas y la actividad de las mujeres ocupadas y las amas de casa. Además, en ambos apartados se analizan sistemáticamente los datos según la clase social y el género.

El objetivo general de este informe es describir el estado de salud de la población de Barcelona con relación al trabajo, centrandolo el análisis en las desigualdades de género y clase social.

b Si bien la salud laboral se limita habitualmente a considerar el ámbito de trabajo remunerado, algunos autores proponen reformular a fondo el concepto de trabajo para incluir en el mismo, además del trabajo doméstico y familiar, el trabajo social no remunerado.

Métodos

Métodos

Población de estudio

La población de estudio está formada por las personas en situación laboral activa y las amas de casa residentes en Barcelona de 16 a 64 años.^c

Fuentes de datos

La principal fuente de datos que se ha utilizado es la *Encuesta de salud de Barcelona del año 2006* (ESB06). En total se han utilizado seis fuentes de datos:

- *Encuesta de Salud de Barcelona 2006*. Agencia de Salud Pública de Barcelona.
- *Encuesta de Salud de Cataluña 2006*. Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya.
- Registro de accidentes de trabajo. Departamento de Trabajo. Generalitat de Catalunya.
- Registro de enfermedades profesionales. Departamento de Trabajo. Generalitat de Catalunya.
- Registro de enfermedades relacionadas con el trabajo. Agencia de Salud Pública de Barcelona.
- Población trabajadora afiliada la Seguridad Social. Departamento de Trabajo. Generalitat de Catalunya.

Variables explicativas

1. El trabajo remunerado

- Situación laboral: ocupación, paro con cobro de prestaciones económicas y paro sin prestaciones económicas.
- Ocupación según la Clasificación Catalana de Ocupaciones 94 (CCO-94). En el análisis de la ESB06 se ha excluido el grupo de personal cualificado de agricultura y pesca dado el bajo número de personas (once hombres y una mujer).
- Sector de actividad económica según la Clasificación Catalana de Actividades Económicas 93.
- Tener personal a cargo.
- Tipo de relación laboral: fija (funcionario y contrato indefinido), temporal de duración determinada, contrato de obra o servicio o similar, trabajo sin contrato, personal autónomo o profesional sin asalariados/as, empresario/a.

- País de origen: Cataluña, resto del Estado español, resto de países desarrollados, países en desarrollo.
- Riesgos laborales: ruido (que obliga a levantar la voz para hablar con los demás), contaminación ambiental (polvo visible a la luz o vapores, líquidos o algún otro tipo de polución del aire), manipulación manual de cargas (levantar o mover cosas de más de 15 kg hasta la altura de los hombros o por encima de los mismos), movimientos repetitivos con los brazos o las manos, monotonía (trabajo poco variado), falta de autonomía (posibilidad de realizar el trabajo a su aire), volumen de trabajo (trabajar demasiado), malas relaciones con compañeros/as, malas relaciones con superiores, trabajar solo/a. Las 10 variables se han categorizado en dos grupos: exposición (a menudo o siempre) y no exposición (nunca o algunas veces).
- Horas semanales de trabajo remunerado: tiempo parcial (< 30), jornada estándar (30-40), jornadas largas (> 40).
- Tipo de jornada laboral: trabajo diurno (jornada partida, continua por la mañana, continua por la tarde), continua por la noche, turnos, irregular o variable según los días.
- Flexibilidad horaria en la jornada habitual.
- Región sanitaria. Se ha utilizado para el análisis comparativo de lesiones por accidente de trabajo, enfermedades profesionales y enfermedades relacionadas con el trabajo.
- Año. Se ha utilizado para el análisis de la evolución de las lesiones por accidente de trabajo, enfermedades profesionales y enfermedades relacionadas con el trabajo.

2. El trabajo doméstico y familiar

- Situación laboral: ocupado/a, ama de casa.
- Estado civil o de convivencia: soltero/a, casado/a o en pareja, viudo/a, separado/a o divorciado/a.
- Convivencia con hijos o hijas.
- Convivencia con personas mayores de 65 años.
- Convivencia con alguna persona con discapacidad.
- Responsabilidad del cuidado de menores de 15 años: la persona entrevistada, su pareja, persona entrevistada y pareja, persona entrevistada y alguna otra persona, otra persona del hogar, otras.
- Responsabilidad del cuidado de mayores de 65 años: la persona entrevistada, su pareja, persona entrevistada y

^c En el análisis de las lesiones por accidente de trabajo y las enfermedades profesionales, la población de estudio es la que está dada de alta en la Seguridad Social en un centro de cotización de Barcelona y tiene cubiertas las contingencias profesionales.

pareja, persona entrevistada y alguna otra persona, otra persona del hogar, ella misma, otras.

- Responsabilidad del cuidado de las personas con discapacidad: la persona entrevistada, su pareja, persona entrevistada y pareja, persona entrevistada y alguna otra persona, otra persona del hogar, ella misma, otras.
- Responsabilidad principal en las labores domésticas: persona entrevistada, su pareja, persona entrevistada y pareja, persona entrevistada y alguna otra persona, persona entrevistada y persona contratada, otra persona del hogar, una persona contratada, otras.
- Número de hijos e hijas en el hogar: ninguno, uno, dos, tres o más.
- Horas semanales de trabajo doméstico (dedicación a los trabajos de la casa como limpiar, planchar, cocinar, etc.) incluidos días laborables y fines de semana.
- Horas semanales de trabajo total: suma de las horas de trabajo remunerado y doméstico.

Variables de estado de salud

- Lesiones por accidente de trabajo. Además del total se ha analizado la gravedad (leves, graves [graves y muy graves] y mortales) y el tipo (en jornada laboral [traumáticas, de tráfico, no traumáticas] e *in itinere*).
- Enfermedades profesionales. Además del total se ha analizado el diagnóstico.
- Enfermedades relacionadas con el trabajo. Además del total se ha analizado el diagnóstico.
- Estado de salud percibido: buena salud (excelente, muy buena, buena) y mala salud (regular y mala). La salud percibida es un indicador amplio del bienestar asociado con la salud y se ha encontrado que es un buen predictor de la mortalidad, incluso mejor que el diagnóstico médico.^{10,11}
- Salud mental, medida con la versión de 12 ítems del cuestionario de salud general de Goldberg (GHQ-12).¹² Este es un instrumento de cribaje muy utilizado en población general y también en salud laboral¹³ que detecta sufrimiento mental o *distress* y que se centra más en la ruptura del funcionamiento normal que en rasgos estables de la personalidad. Los valores superiores a dos indican una mala salud mental.
- Dolor de espalda cervical.
- Dolor de espalda lumbar.
- Jaqueca o dolores de cabeza frecuentes.
- Trastornos crónicos, medidos a partir de una lista de 28 trastornos. Se ha considerado que una persona tiene trastornos crónicos cuando presenta uno o más.
- Satisfacción con las condiciones de trabajo: satisfacción (muy satisfecho/a y satisfecho/a) e insatisfacción (insatisfecho/a y muy insatisfecho/a).
- Consumo de psicofármacos, medido a partir de una lista de medicamentos tomados durante los dos últimos días en la que se han incluido los psicofármacos y sedantes, los antidepresivos y las pastillas para dormir.

Variables de comportamientos relacionados con la salud

- Tabaquismo: no fumador/a (no fuma nada o menos de una vez al día) y fumador/a.
- Exceso de peso, medido con el índice de masa corporal (IMC) que se define como la relación entre el peso de la persona y el cuadrado de la talla. Se han utilizado los puntos de corte que recomienda la Organización Mundial de la Salud, considerando exceso de peso el IMC igual o superior a 25 kg/m².
- Ejercicio físico en tiempo de ocio. La variable original se ha calculado a partir de la adaptación del International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) incluyendo solo las actividades moderadas (como montar en bicicleta, hacer gimnasia, aeróbic, correr, jugar a tenis, practicar natación, patinaje, golf, baile, yoga o similares) y vigorosas (como jugar a fútbol, baloncesto, hockey, squash, artes marciales, montañismo, atletismo, ciclismo de competición, natación de competición o similares). Se ha agrupado en cuatro categorías: inactividad (sedentarismo), actividad ligera, moderada e intensa.
- Horas diarias de sueño: seis o menos y más de seis. Se considera que el tiempo normal de sueño que se necesita para recuperarse del esfuerzo diario es de entre siete y nueve horas diarias.

Variables de estratificación

- Sexo.
- Clase social. En la población activa se ha obtenido a partir de la ocupación (de la actual en población ocupada y de la última en población en paro) y se ha elaborado a partir de la propuesta del Grupo de la Sociedad Española de Epidemiología y de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria¹⁴ agrupada en tres categorías. En el análisis que incluye mujeres ocupadas y amas de casa se ha utilizado el nivel de estudios. En el anexo 1 (tabla 2 a tabla 4) se presentan los empleos más frecuentes a tres dígitos de la CCO-94 correspondientes a cada una de las tres categorías de clase social. Además, en el anexo 2 (figura 89) se presenta la correspondencia entre la CCO-94 a un dígito y la clase social.
- Nivel de estudios: primarios, secundarios, universitarios.

Análisis estadístico

El informe se basa en un análisis descriptivo. Cuando se han utilizado los datos de la ESB06 se han realizado análisis bivariados y multivariados para comprobar la significación estadística de las diferencias encontradas en las relaciones examinadas. Todos los modelos se han ajustado por la edad y otras variables confusoras según cada caso y todos los análisis se han separado por sexo y clase social.

Así, cuando en el texto se señala, por ejemplo, que existen diferencias significativas entre hombres y mujeres, significa que no se explican por la edad.

Para el cálculo de las tasas de incidencia de las lesiones por accidente de trabajo y enfermedades profesionales se ha utilizado como denominador la población ocupada dada de alta en el régimen general de la Seguridad Social (el mayoritario) y en el especial de la minería del carbón. El numerador se refiere a todas las LAT o EP ocurridas en personas que tienen cubiertas las contingencias profesionales, lo que significa que además de los dos regímenes mencionados puede haber LAT y EP ocurridas en personas en otras situaciones minoritarias, como el personal autónomo que tiene cubiertas estas contingencias. Otro aspecto que debe tenerse en cuenta con relación tanto a los numeradores como a los denominadores es que se refieren a personas dadas de alta en la Seguridad Social en un centro de cotización de Barcelona y, por lo tanto, el centro de trabajo podría ser otro.

En función del objetivo de cada apartado se han efectuado selecciones de población diferente. Así, por ejemplo, con relación al trabajo remunerado, en la mayor parte del capítulo se ha utilizado población ocupada, pero algunos de los análisis están centrados en población activa y otros en asalariada. En la primera parte del apartado del trabajo no remunerado la población es la ocupada y las amas de casa de 16 a 64 años; en el segundo es la población ocupada que vive en pareja, y en el tercero son las mujeres ocupadas y las amas de casa que viven en pareja, en ambos casos de 16 a 64 años. En todo caso, en cada apartado se hace referencia a la población que se ha considerado.

El trabajo remunerado

1. Características generales del mercado laboral de Barcelona
2. Los riesgos laborales
3. El estado de salud
4. Los comportamientos relacionados con la salud

1. Características generales del mercado laboral de Barcelona

La situación laboral más frecuente de la población barcelonesa de entre 16 y 64 años es la actividad remunerada, puesto que más de tres cuartas partes de estas personas trabajan (población ocupada) o están en disposición de hacerlo (población en paro). Según la *Encuesta de población activa*,¹⁵ en Barcelona, en el cuarto trimestre de 2007 la tasa específica de actividad era de 84,8% en los hombres y de 66,0% en las mujeres, la de empleo de 80,0% en los hombres y de 66% en las mujeres y la de paro de 5,7% en los hombres y de 6% en las mujeres. En la figura 1 se presenta la situación laboral de la población de Barcelona de 16 a 64 años según la ESB06.

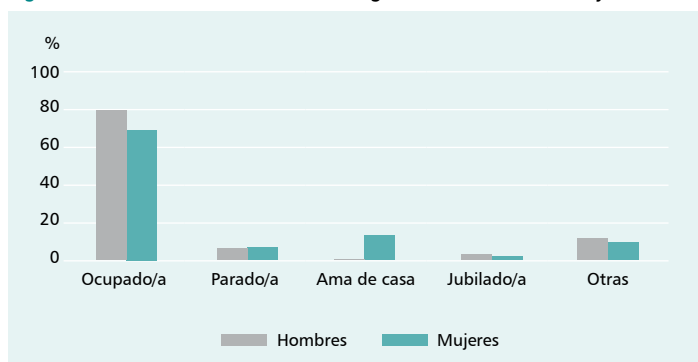
1.1. La población ocupada

La edad media de la población ocupada es de 39,5 años (DE = 11,3) y poco más de la mitad (53%) son hombres, sin diferencias de edad con las mujeres. La mayor parte de los ocupados y ocupadas trabajan en el sector de los servicios, sobre todo las mujeres que lo hacen en el 88,2%. El porcentaje correspondiente en hombres es del 69,6%.

Aproximadamente la tercera parte de la población ocupada trabaja en las ocupaciones más cualificadas de las clases I-II, sin diferencias de género. Pero la proporción de trabajadores manuales (clases IV-V) es superior entre los hombres (figura 2).

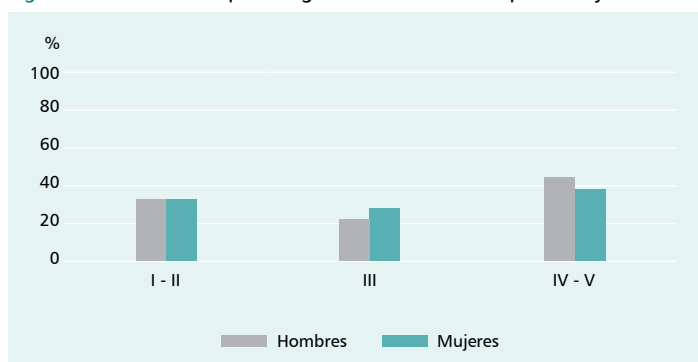
En la figura 3 se observa que las mujeres trabajan más como profesionales científicas e intelectuales y administrativas; también existe una mayor proporción de trabajadoras de servicios y comercio y no cualificadas. Los hombres se distribuyen de forma más homogénea en todas las ocupaciones y trabajan más en ocupaciones manuales (sobre todo en ocupaciones de la industria, la construcción y la minería) que las mujeres.

Figura 1. Población de 16 a 64 años según la situación laboral y el sexo



Fuente: Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

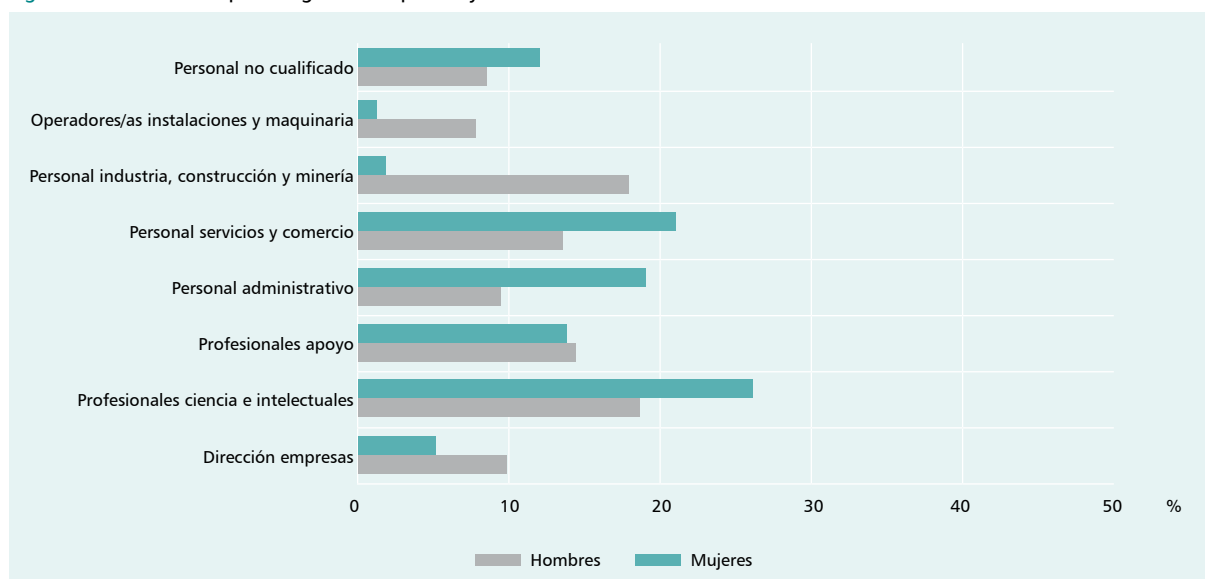
Figura 2. Población ocupada según la clase social ocupacional y el sexo



Fuente: Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

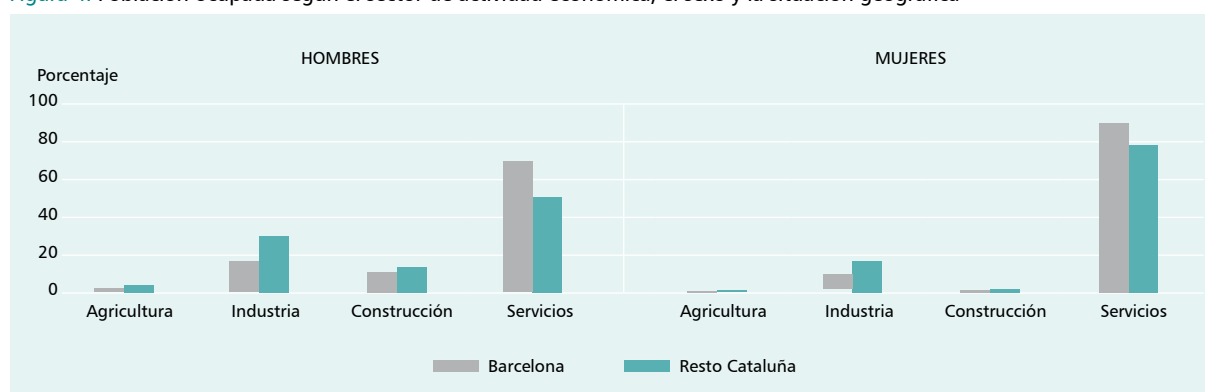
En comparación con el resto de Cataluña, la población ocupada de Barcelona está más feminizada (en el resto de Cataluña las mujeres son el 42,5% de la población ocupada mientras que en Barcelona son el 47%) y tiene una edad ligeramente superior (la proporción de más de 44 años es del 30,9% y del 33,7% fuera de Barcelona y en Barcelona, respectivamente). Aunque la mayoría de la población ocupada catalana trabaja en el sector de servicios, esta terciarización de la actividad es mucho más pronunciada en Barcelona, sobre todo entre los hombres. Tal y como se observa en la figura 4, el 70% de los hombres barceloneses trabaja en este sector, mientras que solo lo hacen la mitad de los ocupados del resto. Por último, en Barcelona hay una mayor proporción de trabajadores y trabajadoras de clases sociales no manuales (el 55,5% de los hombres y el 62% de las mujeres de Barcelona, mientras que en el resto de Cataluña son el 40,7% y 50,8%, respectivamente).

Figura 3. Población ocupada según la ocupación y el sexo



Fuente: Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

Figura 4. Población ocupada según el sector de actividad económica, el sexo y la situación geográfica



Fuente: Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

1.2. La segregación de género en el trabajo remunerado

La segregación ocupacional^d como resultado de las actitudes culturales y sociales respecto de lo que constituye el trabajo masculino o femenino varía en extensión de un país a otro y según el empleo. Las mujeres se concentran sobre todo en las profesiones feminizadas como la sanidad, la enseñanza y la limpieza (segregación horizontal), don-

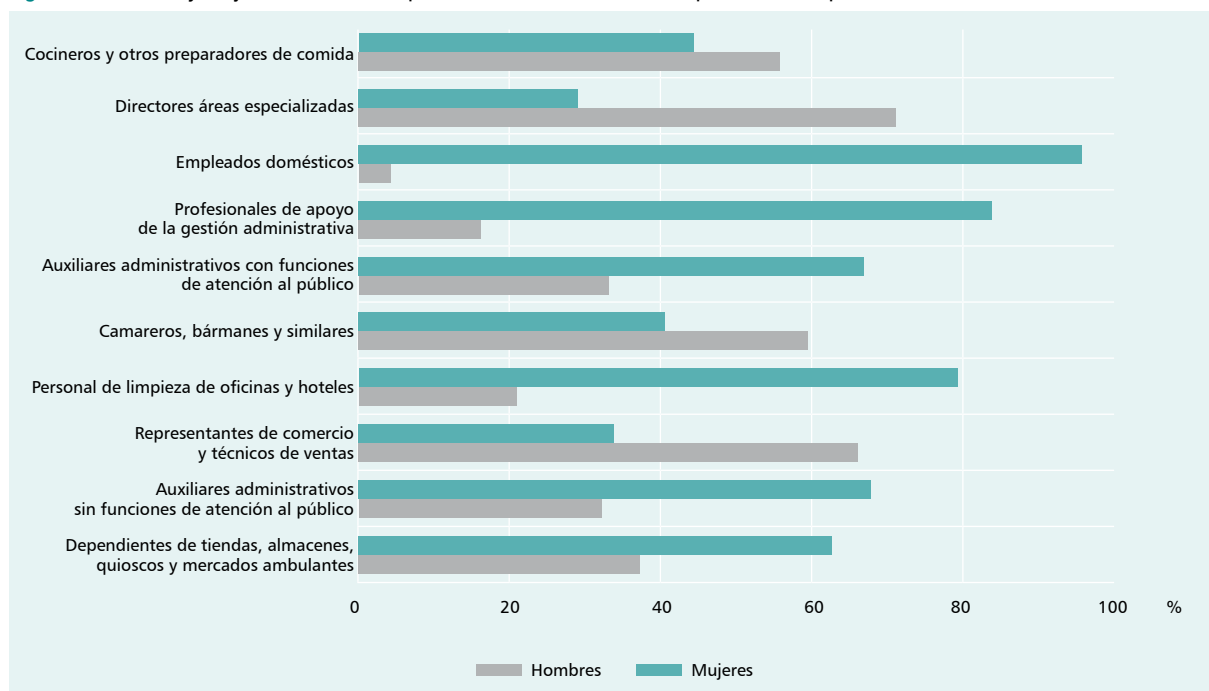
de paralelamente ocupan categorías más bajas que los hombres (segregación vertical).¹⁶

En Barcelona, la mayor presencia de mujeres en el mercado de trabajo sigue un patrón de segregación de género, tal como sucede en el resto de Europa, que lejos de disminuir ha ido aumentando en los últimos años, tal como se recoge en un informe de EUROSTAT que compara los países de la Europa de los 25 entre los años 2000 y 2005.¹⁷

La segregación horizontal se manifiesta en dos fenómenos: la presencia de hombres y mujeres en ocupaciones y sectores de actividad

d Por segregación ocupacional y por razones de género se entiende que un sexo predomina en una medida determinada en una categoría específica que puede ser considerada como masculina o femenina.

Figura 5. Hombres y mujeres en las 10 ocupaciones más frecuentes en la población ocupada



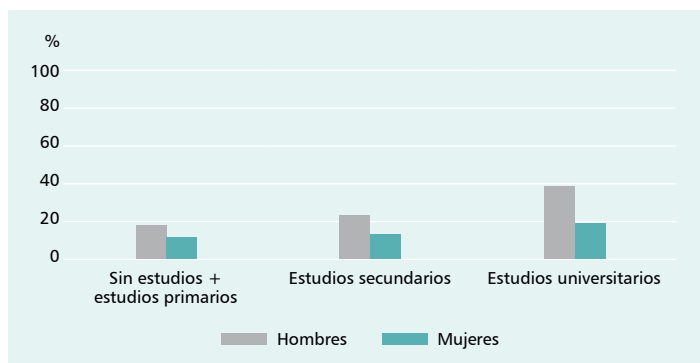
Fuente: Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

muy diferentes y un abanico de ocupaciones y actividades económicas mucho más reducido para las mujeres, tal como lo ilustra que el 35% de las mujeres se concentren en las seis ocupaciones más frecuentes, mientras que solo lo hacen el 22% de los hombres.

Por otra parte, según la ESB06, existen 51 ocupaciones en las que solo trabajan hombres y 17 en las que suponen más del 80%, como por ejemplo albañiles y mamposteros, mecánicos y ajustadores, peones de la construcción o taxistas y conductores de automóviles y furgonetas. Las ocupaciones exclusivamente femeninas, en cambio, son 15, y nueve las que tienen una proporción de mujeres superior al 80%. Algunos ejemplos son las empleadas domésticas, las profesionales de apoyo de la gestión administrativa, las profesoras de enseñanza primaria e infantil y las enfermeras. En la figura 5 se observan las diferencias entre ambos sexos en las 10 ocupaciones más frecuentes de la población ocupada de Barcelona.

Un situación muy similar se da en cuanto a las actividades económicas en las que trabajan hombres y mujeres. Por ejemplo, la

Figura 6. Población ocupada con personal a su cargo según el sexo y el nivel de estudios



Fuente: Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

construcción da ocupación a un 88% de hombres, mientras que en las actividades del hogar que ocupan a personal doméstico o en actividades diversas de servicios personales el porcentaje de mujeres es similar.

La segregación vertical traduce las dificultades que aún tienen las mujeres para acceder a cargos de responsabilidad. Según la ESB06, el 27% de los hombres ocupados tienen personal a su cargo en el puesto de trabajo, mientras que en el caso de las mujeres el porcentaje es solo del 15%. A pesar de que actualmente las mujeres tienen niveles

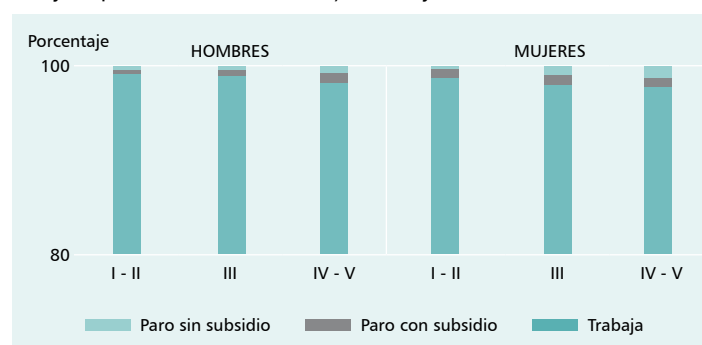
de estudios más altos que los hombres, el acceso a lugares de responsabilidad no parece estar tan relacionado con el nivel de estudios en las mujeres como en los hombres. Tal como puede observarse en la figura 6, las diferencias entre unas y otros son mayores en los niveles de estudios superiores. Aparte de otros aspectos, la segregación de género en el trabajo remunerado implica una distribución desigual de la exposición a los riesgos laborales y de los efectos en la salud.

1.3. El paro

El paro se distribuye de forma diferente según el sexo, el tipo de empleo y la clase social, además de la edad. El 8,9% de las mujeres y el 6,8% de los hombres están en paro (según la ESB06) y en ambos sexos las proporciones más altas se observan en las clases sociales más desfavorecidas, de manera que el 8,7% de los hombres de clases manuales y el 11,5% de las mujeres del mismo grupo no tienen trabajo, mientras que los hombres y las mujeres en ocupaciones no manuales presentan proporciones de desempleo bastante inferiores (3,6% en ambos sexos). Las diferencias más importantes entre hombres y mujeres se observan en la clase social III, en la que el porcentaje de mujeres en paro dobla el de hombres (10,3% y 5,4%, respectivamente).

Un aspecto que a veces queda relegado a un segundo plano es el impacto de la pérdida o la falta de trabajo remunerado en la salud. El paro se ha asociado con diferentes

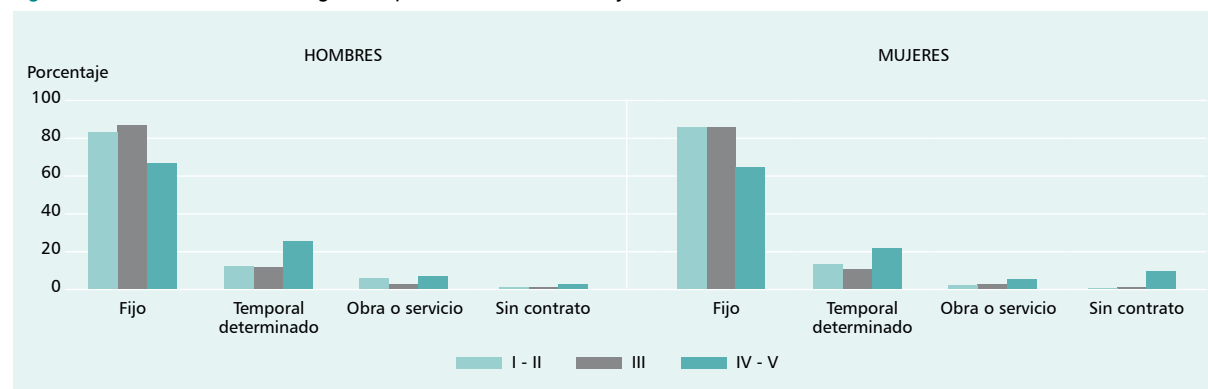
Figura 7. Población activa según la situación laboral (trabajo y paro con y sin prestaciones económicas), el sexo y la clase social



problemas de salud, sobre todo de tipo mental,^{1,18,19} con las dificultades financieras que conlleva la falta de trabajo como una de las causas. Esta relación la han puesto en evidencia diferentes estudios que muestran el efecto protector del pago de prestaciones económicas de paro en la salud mental. Por ejemplo, en un estudio efectuado en Cataluña se observaba que las personas en paro que no recibían prestación económica tenían una salud mental peor que las que sí la recibían.²⁰ En Barcelona, el 52,6% de la población en paro no cobra esta prestación, según los datos de la ESB06. Como puede observarse en la figura 7, la proporción más importante de población activa que no cobra ninguna prestación económica de paro se da entre las mujeres y las clases sociales más desfavorecidas. Hay que destacar la mayor proporción de mujeres paradas de clases manuales que no cobran prestación de paro.

Además de las dificultades financieras, el desempleo conlleva la pérdida de estatus social, autoestima, actividad física y mental y uso de la capacidad de tomar decisiones.¹ Por último, un aspecto que hay que tener en cuenta con relación al paro y la salud son los contextos sociales individuales, sobre todo los determinados por los roles familiares y la clase social, que se han definido como mediadores del efecto de la

Figura 8. Población asalariada según el tipo de contrato, el sexo y la clase social



Fuente: Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

pérdida del trabajo remunerado en la salud mental, en un marco definido por la segregación del trabajo remunerado y familiar, determinado por los roles de género.²⁰

Los datos de la ESB06 se obtuvieron en un momento de baja tasa de paro, pero hay que tener en cuenta el cambio de tendencia al aumento, producido recientemente, que afecta sobre todo a las ocupaciones menos cualificadas y las previsiones de crecimiento ligadas a la actual crisis económica.

1.4. La inestabilidad laboral

La inestabilidad en el puesto de trabajo puede tratarse como una condición de trabajo y también como un factor de riesgo psicosocial tal como lo incorpora uno de los dos modelos de estrés laboral más reconocidos.^{21,22} En cualquier caso, es un factor de incertidumbre relacionado en gran parte con la globalización de la economía y con algunas medidas dirigidas a incentivar la contratación laboral. Al igual que en el caso del paro, a menudo se tienen poco en cuenta los efectos que puede tener en la salud, que se han estudiado sobre todo en el ámbito de la salud mental, y que afectan principalmente a los trabajadores y trabajadoras con mayores dificultades para encontrar un trabajo cuando finaliza un contrato.²³

Según la ESB06, tres cuartas partes de la población asalariada tiene un contrato fijo (de funcionario o indefinido) con proporciones muy similares en ambos sexos. Las formas de contratación más inestables se distribuyen de forma diferente, con mayor proporción de hombres con contrato temporal de obra o servicio (5,4% de los asalariados y 3,6% de las asalariadas) y de mujeres que trabajan sin contrato (4,1% y 1,9%, de las mujeres y de los hombres, respectivamente).

Las clases sociales manuales tienen menor proporción de contratos fijos (64,5% las clases IV-V, 85,8% la clase III y 82,8% las clases I-II) y una proporción más alta de las formas más inestables de contratación (el 6,1% tienen contratos temporales de obra o servicio y el 5,8% trabajan sin contrato). En la figura 8 se observan las diferentes formas de contratación según el sexo y la clase social destacando el 6,6% de los hombres de clases

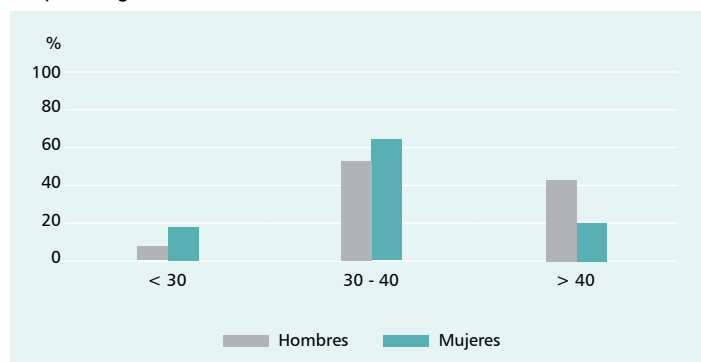
IV-V con contratos temporales de obra o servicio y el 9,5% de las mujeres del mismo grupo que trabajan sin contrato. Estos dos tipos de relación laboral de mayor incertidumbre se han asociado con un peor estado de salud mental.²³

La edad es un factor estrechamente relacionado con la estabilidad del puesto de trabajo, de manera que al aumentar la misma se incrementa la estabilidad laboral. La mayor inestabilidad se da en los hombres más jóvenes (solo un 29,4% de los hombres de 16 a 24 años tienen un contrato fijo, en comparación con las mujeres de la misma edad, un 43,7%). Los contratos temporales de obra o servicio son más frecuentes en hombres jóvenes y de edades intermedias (7,1% en el grupo de 16 a 24 años y 6,6% en el de 25 a 44, mientras que los mayores de esta edad solo son un 2,3%). Trabajar sin contrato es más frecuente entre los jóvenes de ambos sexos, pero si entre los hombres la proporción disminuye al aumentar la edad, entre las mujeres, las más jóvenes (16 a 24 años) son las que con más frecuencia trabajan sin contrato (7,1%) seguidas de las mayores (4,6% de las de 45 a 64 años).

Además de la relación con la salud mental, la inestabilidad en el puesto de trabajo se ha relacionado con la salud social, entendida como la dificultad en la transición a la vida adulta, sobre todo entre los hombres, lo que se explicaría por la pervivencia de modelos sociales que consideran al hombre como sustentador principal del hogar. Así, los principales resultados de un estudio desarrollado en Cataluña mostraban que la proporción de hombres que tenían hijos era más baja entre los que trabajaban con contratos temporales de obra o servicio, independientemente de la edad y clase social. Además, los hombres en ocupaciones no manuales con este tipo de contratos era más frecuente que no se casasen ni viviesen en pareja (también en comparación con los contratados fijos con el mismo tipo de empleo y edad).²³

Es previsible que si se inicia un ciclo económico con tasas de paro más elevadas, las dificultades para encontrar un nuevo trabajo se intensifiquen, la incertidumbre afecte a un mayor número de personas y el impacto en la salud sea mayor.

Figura 9. Horas semanales de trabajo remunerado en la población ocupada según el sexo



Fuente: Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

1.5. Los horarios laborales

1.5.1. Las horas de trabajo

La duración de la jornada laboral se asocia sobre todo al género y son los hombres los que más jornadas largas realizan y las mujeres quienes más trabajan a tiempo parcial (figura 9). Trabajar por cuenta propia o ajena está relacionado con las jornadas largas y la clase social solo tiene relevancia respecto a las trabajadoras de clases manuales, que son las que menos jornadas de duración estándar efectúan (poco más de la mitad trabaja de 30 a 40 horas semanales).

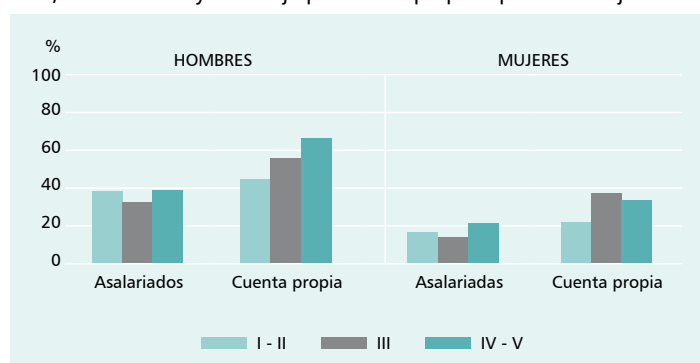
Las jornadas de trabajo largas

Varios estudios han revelado que las jornadas de trabajo largas se asocian a un amplio abanico de problemas de salud como hipertensión, trastornos cardiovasculares, reducción de la tolerancia a la glucosa, problemas músculo esqueléticos, estrés, accidentes laborales, depresión o fatiga^{24,25} y que pueden incrementar el riesgo de sufrir sobrepeso, fumar y consumir alcohol.^{26,27} Además, se ha visto que las jornadas de trabajo largas se asocian con un incremento del conflicto trabajo-familia.²⁸ En un estudio efectuado recientemente en Cataluña se señalaba que entre los hombres las jornadas laborales largas se asociaban con dormir menos de seis horas al día, mientras que entre las mujeres también se asociaban a insatisfacción laboral, síntomas de ansiedad-depresión, mayor probabilidad de fumar, hipertensión y no realizar ejercicio en el tiempo de ocio.²⁹

La evidencia científica más sólida se refiere a las jornadas de trabajo largas, especialmente en combinación con otros aspectos adversos como las jornadas irregulares, el bajo control sobre el trabajo o las demandas intensas.^{30,31,32,33} Trabajar más de 50 horas semanales tiene efectos perjudiciales para la salud y el bienestar y algunos estudios indican un efecto igualmente negativo de las jornadas inferiores.²⁹ Se ha señalado como uno de los factores que hay que tener en cuenta en el análisis del impacto de las jornadas de trabajo largas sobre la salud el que sean obligadas, bien por presión empresarial bien por necesidades económicas que obligan a la persona a trabajar más horas para incrementar sus ingresos.^{29,34,35}

Según la ESB06, el 41,4% de los hombres ocupados trabajan más de 40 horas sema-

Figura 10. Población ocupada con jornadas de trabajo largas según el sexo, la clase social y el trabajo por cuenta propia o por cuenta ajena



Fuente: Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

nales (el 11,3% más de 50 horas), mientras que la proporción de mujeres es del 20,2%. El personal que trabaja por cuenta propia (personas autónomas, profesionales y empresarias) efectúan más jornadas largas que las que trabajan por cuenta ajena, sobre todo los hombres (42,1% de los primeros y 25,6% de los segundos realizan jornadas de más de 40 horas semanales, mientras que las mujeres son el 18,9% y el 10,6%, respectivamente).

La clase social está asociada a la duración de la jornada laboral entre las mujeres asalariadas y entre los hombres que trabajan por cuenta propia; entre estos últimos hay que destacar que más de dos terceras partes de los de clases manuales trabajan más de 40 horas semanales (figura 10).

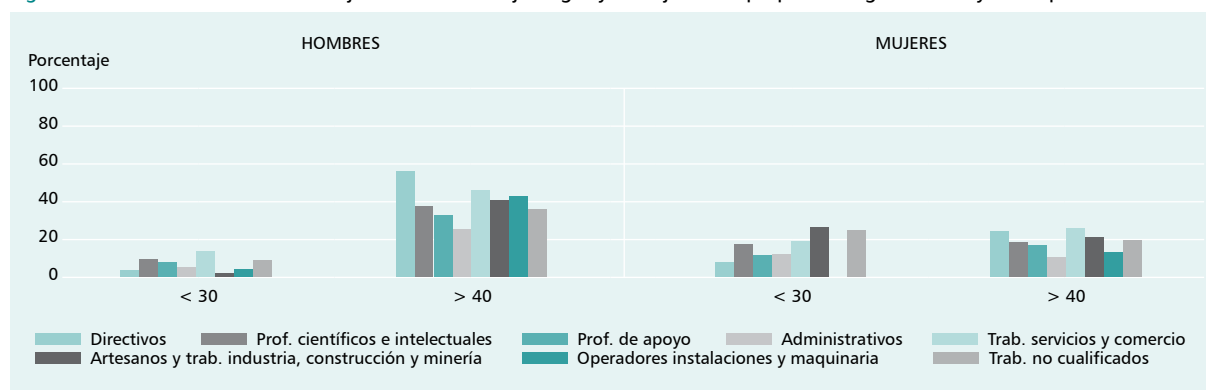
Entre los hombres asalariados, los directivos son los que efectúan jornadas largas en mayor proporción (55,8%), con un papel también destacado de los trabajadores de servicios y comercio (45,7%), seguidos en frecuencia por los operadores de instalaciones y maquinaria y los trabajadores cualificados de la industria y la construcción (más del 40% realizan horarios de más de 40 horas semanales). Entre las mujeres destaca el 26% de trabajadoras de servicios y comercio que hacen este horario (figura 11).

Se ha sugerido que las jornadas laborales largas pueden tener un significado diferente según la clase social, de manera que para las personas de clases más acomodadas trabajar más horas se asociaría a más oportunidades profesionales, mientras que en situaciones menos ventajosas, las dificultades financieras y el miedo a perder el trabajo condicionarían el alargamiento de la jornada laboral, lo que explicaría porqué trabajar más de 40 horas no se asocia con mal estado de salud en el primer caso y sí en el segundo.²⁹

El trabajo a tiempo parcial

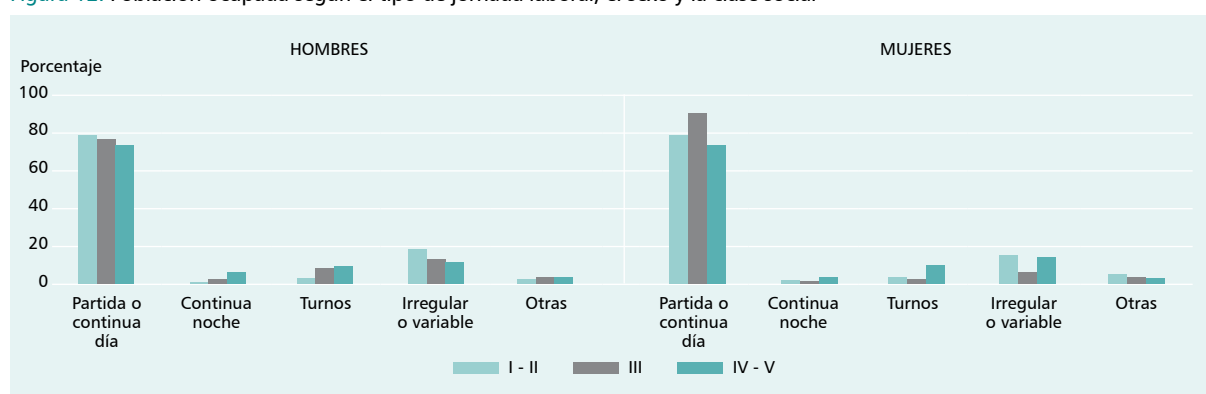
Así como las jornadas largas son predominantemente masculinas, el trabajo a tiempo parcial es sobre todo femenino y lo efectúan el 17,5% de las ocupadas y el 7% de los ocupados. Los motivos de cumplir una jornada a tiempo parcial pueden ser, además de facilitar la conciliación de la vida laboral y familiar, un peor estado de salud y también la demanda de puestos de trabajo específicamente con esta dedicación. Pero en muchos casos las condiciones de

Figura 11. Población asalariada con jornadas de trabajo largas y trabajo a tiempo parcial según el sexo y la ocupación



Fuente: Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

Figura 12. Población ocupada según el tipo de jornada laboral, el sexo y la clase social



Fuente: Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

trabajo son peores. En Europa, el trabajo a tiempo parcial se concentra en un pequeño número de ocupaciones que en gran parte son poco cualificadas, mal pagadas, monótonas y con pocas oportunidades de promoción.³⁶ Estudios realizados en Estados Unidos muestran que las personas que trabajan a tiempo parcial suelen ganar menos por hora, incluso después de tener en cuenta el nivel de estudios, la experiencia y otros factores relevantes.³⁷ Además, frecuentemente, el trabajo a tiempo parcial se asocia con inestabilidad laboral.³⁶

Las diferencias por clase social no son significativas entre los hombres y entre las mujeres son de poca magnitud. En cuanto a la ocupación, las trabajadoras no cualificadas y las cualificadas de la industria y la construcción son las que más trabajan a tiempo parcial, mientras que entre los hombres destacan los trabajadores de servicios y comercio (figura 11).

1.5.2. Las jornadas laborales

Además del número de horas dedicadas al trabajo remunerado, la distribución de estas a lo largo del día determina en buena medida la organización del resto de la jornada. Las jornadas de trabajo en horarios no estándar pueden dificultar la vida social y familiar de la población ocupada. Además, algunos tipos de jornada como el trabajo nocturno o el trabajo por turnos se han asociado a un amplio abanico de trastornos de salud como problemas de sueño,³⁸ accidentes,³⁹ alteraciones gastrointestinales, problemas cardiovasculares, problemas neuropsiquiátricos como fatiga crónica, ansiedad o depresión, diabetes o problemas del embarazo.^{40,41,42,43}

Una cuarta parte de la población ocupada de Barcelona realiza una jornada no estándar^e y la más frecuente es la jornada irregular o variable según los días (12,6%), seguida del trabajo por turnos (5,8%).

Jornadas irregulares o variables

La jornada irregular o variable se asocia sobre todo al trabajo por cuenta propia o ajena y la realizan el 29,2% de las personas que

e Se consideran jornadas estándar las que se realizan durante el día e incluyen la jornada partida, continua durante la mañana y continua durante la tarde.

trabajan por su cuenta y el 9,1% de las asalariadas. Hay pocas diferencias entre sexos, que solo son significativas entre el personal asalariado (9,9% de los hombres y 8,3% de las mujeres que trabajan por cuenta ajena).

Las jornadas irregulares son más frecuentes en las clases sociales más acomodadas entre los hombres (17,7% de las clases I-II y 10,9% de las clases IV-V). Si se separa el análisis entre las personas que trabajan por cuenta ajena y las que lo hacen por cuenta propia, destacan las mujeres autónomas de clases manuales por el elevado porcentaje de jornadas irregulares que realizan (39,6%), seguidas del mismo grupo de las clases I-II (figura 13).

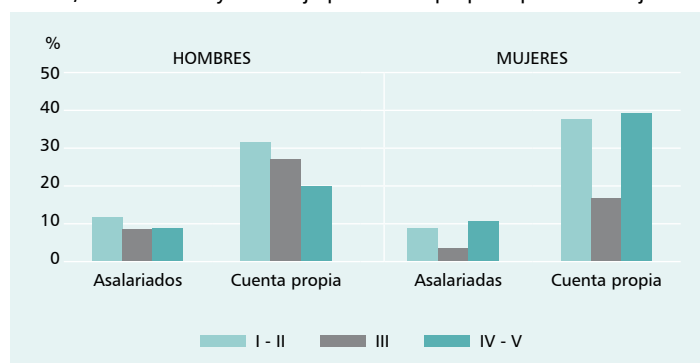
Entre la población asalariada, los profesionales científicos e intelectuales y los trabajadores de servicios y comercio, entre los hombres, son las ocupaciones con un porcentaje más alto de jornadas irregulares (el 15,3% y el 12,6%, respectivamente); entre las mujeres son las trabajadoras no cualificadas (14,1%) y las de servicios y comercio (11,2%) las que realizan en mayor proporción este tipo de jornada.

El trabajo por turnos

Un 5,8% de la población ocupada trabaja por turnos, con pocas diferencias entre hombres y mujeres (6,6% y 5,1%, respectivamente) y con mayor frecuencia en las clases sociales menos acomodadas: la proporción de trabajo por turnos en las clases I-II es del 3%, del 4,9% en la III y del 8,8% en las IV-V. Así como en las personas de clase III el trabajo por turnos es más frecuente entre los hombres que entre las mujeres (7,9% y 2,2%, respectivamente), tanto en las clases I-II como IV-V las proporciones de mujeres que trabajan por turnos son ligeramente superiores a las de hombres. Hay que destacar que el 9% de mujeres de clase social IV-V trabajan por turnos.

La ocupación con una proporción más elevada de personas que realizan trabajo por turnos es el personal operario de instalaciones y maquinaria con un porcentaje del 15,4% (14,3% de los hombres y 23,5% de las mujeres, si bien hay que tener en cuenta que solo un 1,2% de las mujeres trabaja en esta ocupación). Entre los hombres también es relevante la proporción de trabajadores

Figura 13. Población ocupada con jornadas irregulares o variables según el sexo, la clase social y el trabajo por cuenta propia o por cuenta ajena



Fuente: Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

no cualificados (9,6%), de trabajadores cualificados de la industria y la construcción (8,6%) y de trabajadores de servicios y comercio (7,9%). Entre las mujeres destacan las trabajadoras de servicios y comercio (9%) y las no cualificadas (6,5%).

El trabajo de noche

Las jornadas continuas de noche son las menos frecuentes entre la población ocupada. Las realizan el 3,3% de los hombres y el 2,1% de las mujeres. Son más habituales en clases manuales (1,3% en las clases I-II, 1,7% en la III y 4,3% en las IV-V), sobre todo entre los hombres manuales, el 5,9% de los cuales realizan este tipo de jornada. Hay que destacar la elevada proporción (9,6%) de hombres encuadrados en el grupo de ocupaciones no cualificadas que efectúan la jornada laboral de noche, así como la de trabajadores y trabajadoras de servicios y comercio con proporciones de trabajo nocturno del 5,6% y 4,3%, respectivamente.

1.5.3. La flexibilidad horaria

Una de las medidas que se han propuesto para adaptar los usos del tiempo a las necesidades de la población ocupada es la flexibilización de la jornada laboral. En la ESB06 se ha incluido una pregunta sobre flexibilidad horaria dentro de la jornada habitual, a la que ha respondido positivamente el 44,6% de la población ocupada, con una proporción muy diferente entre las personas que trabajan por cuenta propia o ajena (en el primer caso son el 80% y en el segundo el 38%).

Los hombres asalariados tienen mayor flexibilidad horaria que las mujeres, mientras que no existen diferencias por lo que respecta a sexos entre las personas que trabajan por cuenta propia. Entre los hombres asalariados, la flexibilidad horaria se asocia a la clase social (la proporción de los de clases I-II dobla la de los de clases IV-V) y, tal como se observa en la figura 14, la diferencia entre hombres y mujeres se aprecia sobre todo en las clases no manuales.

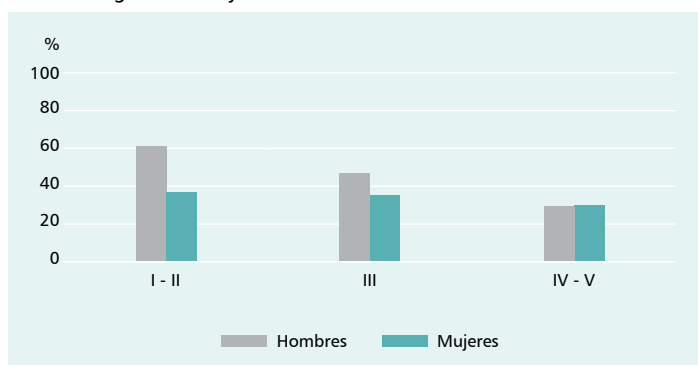
Las diferencias en cuanto a flexibilidad horaria entre ocupaciones vienen muy determinadas por el hecho de trabajar de cara al público o en plantas de producción, pero aun así hay diferencias marcadas en-

tre hombres y mujeres en una misma ocupación tal como se observa en la figura 15. Entre los hombres, los que menos flexibilidad tienen son los trabajadores no cualificados (de los que solo un 19% tiene horario flexible), los administrativos y los trabajadores cualificados de la industria y la construcción; entre las mujeres destacan las trabajadoras de esta misma ocupación (15,8% con horario flexible), las operarias de instalaciones y maquinaria y las trabajadoras de servicios y comercio.

1.6. El país de origen

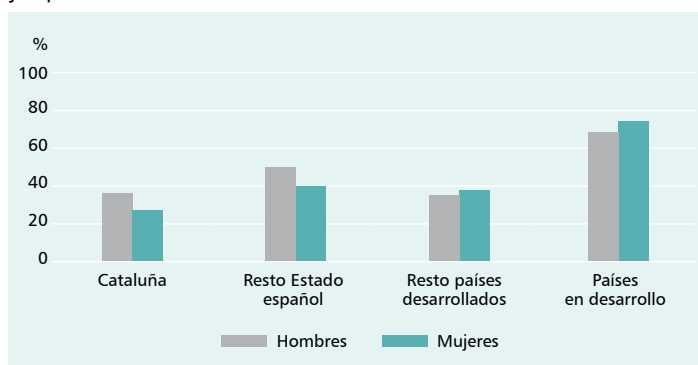
Aproximadamente las dos terceras partes de la población ocupada de Barcelona ha nacido en Cataluña. El siguiente colectivo más numeroso es el constituido por las personas procedentes de países en desarrollo (18,1%). Entre la población ocupada de esta procedencia, el 68,8% de los hombres y el 74,8% de las mujeres trabajan en ocupaciones manuales (clases sociales IV-V). La situación es totalmente diferente entre las personas procedentes de países desarrollados, donde la proporción de trabajadores manuales es similar a la de Cataluña en el caso de los hombres y ligeramente superior en el caso de las mujeres (figura 16).

Figura 14. Población asalariada con flexibilidad horaria en la jornada habitual según el sexo y la clase social



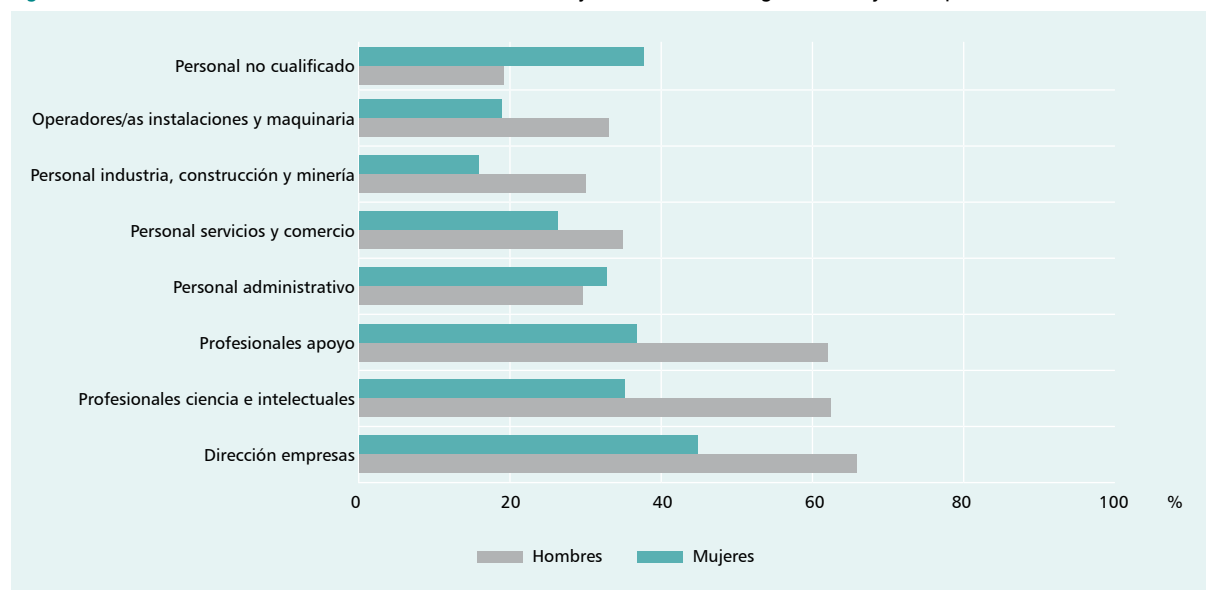
Fuente: Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

Figura 16. Población ocupada de clase manual según el sexo y el país de nacimiento



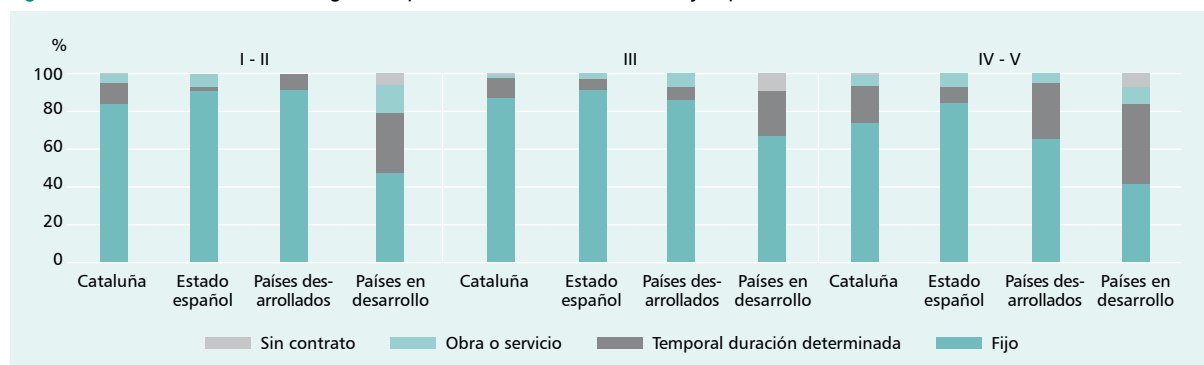
Fuente: Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

Figura 15. Población asalariada con flexibilidad horaria en la jornada habitual según el sexo y la ocupación



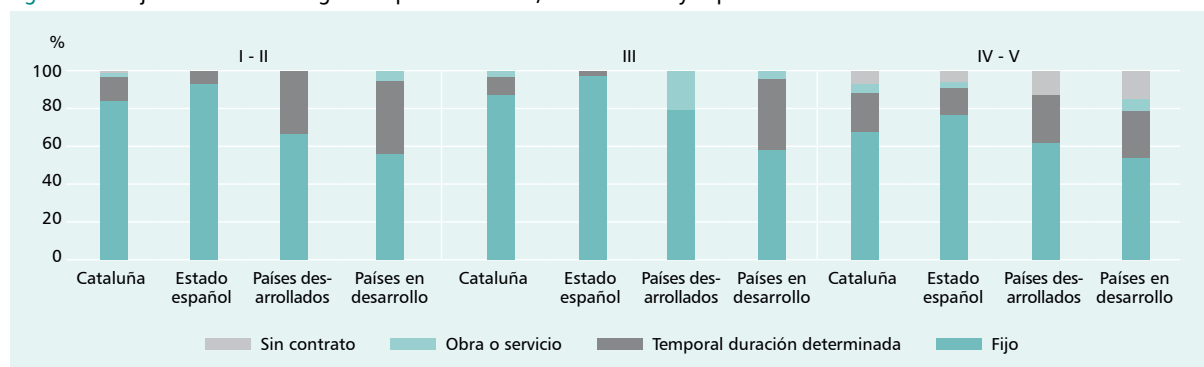
Fuente: Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

Figura 17. Hombres asalariados según el tipo de contrato, la clase social y el país de nacimiento



Fuente: Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

Figura 18. Mujeres asalariadas según el tipo de contrato, la clase social y el país de nacimiento



Fuente: Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

No existe mucha diferencia entre el sector económico donde trabajan las mujeres por lo que respecta al país de nacimiento. Entre los hombres hay más diferencias, sobre todo entre los de clases manuales, tal como evidencia el que una proporción significativa de los nacidos en países en desarrollo se concentran en la construcción (el 31,4% de los hombres manuales son de esta procedencia, mientras que los nacidos fuera de Cataluña son el 20,5% y los de Cataluña y demás países desarrollados el 13,6% en ambos casos).

Las mujeres de países en desarrollo se concentran en cuatro ocupaciones en las que trabaja la mitad del colectivo: empleadas domésticas (19,4%), personal de limpieza de oficinas y hoteles (11,7%), dependientas (11,0%) y camareras (8,0%). El quinto lugar lo ocupa el trabajo de cuidado de las personas, salvo las auxiliares de enfermería (5,7%). En las mujeres de otras proceden-

cias y los hombres de todas las analizadas no se observa una concentración tan acentuada.

En un informe reciente sobre inmigración y salud en Barcelona⁴⁴ en el que se estudian diferentes aspectos relacionados con la salud y el país de origen (comparando las personas nacidas en Cataluña, en el resto del Estado español, en el resto de países desarrollados y en los países en desarrollo) se pone de manifiesto que las condiciones de trabajo están ligadas fundamentalmente a la clase social en ambos sexos, independientemente del país de origen, aunque en algunos aspectos son peores en el caso de las personas nacidas en países en desarrollo. Por ejemplo, entre el personal asalariado la situación contractual es más desfavorable en las personas procedentes de estos países. Si entre los hombres de clases III de países en desarrollo, el 47,1% tiene un contrato fijo, en el resto de hombres de la misma clase social las proporciones superan el 80% (figura 17). Entre las mujeres (figura 18) destaca la elevada proporción de las de clases manuales nacidas en países en desarrollo que trabajan sin contrato (14,6%).

Por otra parte, el salario de las personas de países en desarrollo es más bajo que el de las autóctonas, sobre todo entre las mujeres. Mientras que el 32,2% de los hombres procedentes de estos países gana menos de 900 euros al mes, la proporción correspondiente en-

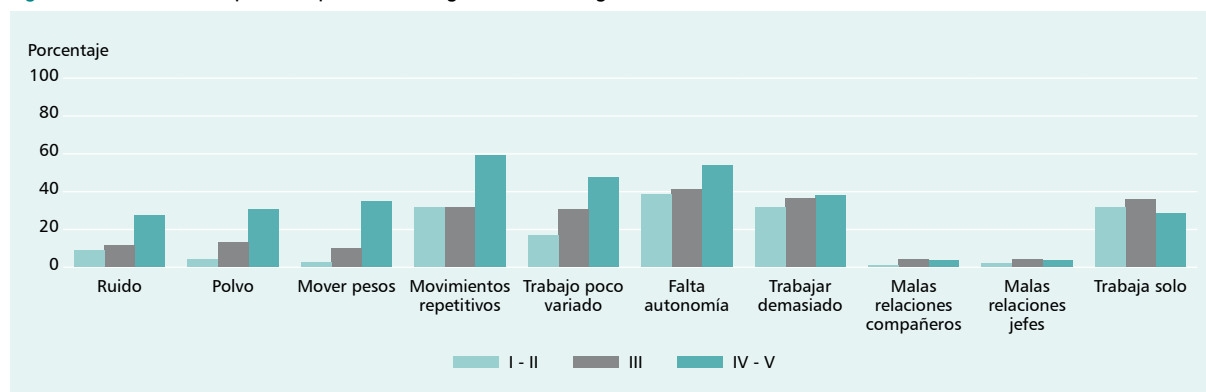
tre los nacidos en Cataluña es del 15,9%. Los porcentajes respectivos entre las mujeres son del 65% y el 27,2%.

Por último, el informe destaca el elevado porcentaje de hombres de clases manuales procedentes de países en desarrollo que afirman tener un trabajo poco variado y falta de autonomía a menudo o muy a menudo; y que entre las trabajadoras manuales nacidas en otras comunidades autónomas y las de países en desarrollo, más del 40% afirma trabajar sola (probablemente debido a la alta proporción de mujeres de este colectivo ocupadas en los sectores del servicio doméstico y de la limpieza).

2. Los riesgos laborales^f

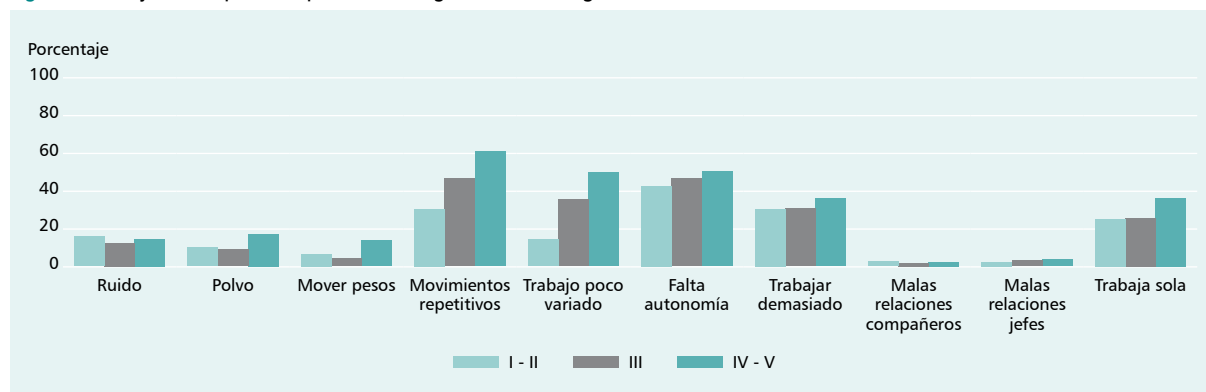
Según la ESB06, los factores de riesgo de naturaleza psicosocial son los que están más presentes en la población ocupada de Barcelona, junto con los movimientos repetitivos. Las proporciones de personas expuestas oscilan entre la tercera parte de la población que efectúa un trabajo monótono, una proporción similar que tiene mucho volumen de trabajo y cerca de la mitad (47,3% de las mujeres y 45,3% de los hombres) que tiene poca autonomía para realizar su trabajo, proporción similar a la realización de movimientos repetitivos, el segundo factor más frecuente. Los hombres están más expuestos a la movilización de pesos (lo hacen el 18,4% frente al 8,6% de las mujeres) y al polvo (17,9% frente al 12,6%, respectivamente), y las mujeres un poco más a la ejecución de movimientos repetitivos (46,8% de las mujeres frente al 43,2% de los hombres).

Figura 19. Hombres ocupados expuestos a riesgos laborales según la clase social



Fuente: Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

Figura 20. Mujeres ocupadas expuestas a riesgos laborales según la clase social



Fuente: Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

^f Tanto en el texto como en las figuras de este apartado, cuando se habla de exposición a riesgos se refiere a las categorías a menudo y siempre. Ver el apartado de métodos para más detalles sobre el tratamiento de estas variables de la ESB06.

Los trabajadores y las trabajadoras de clases manuales son los que tienen mayor exposición a los riesgos considerados en la ESB06, tal como se observa en la figura 19 y en la 20. Las diferencias de clase más importantes aparecen en la exposición a riesgos físicos entre los hombres: ruido, polvo y movilización de cargas (en este último caso, la proporción de hombres manuales que están expuestos es seis veces superior a la de los no manuales). También las clases sociales manuales están más expuestas a movimientos repetitivos (el riesgo laboral más frecuente en este grupo en ambos sexos, alrededor del 60%), la monotonía del trabajo (a la que alrededor de la mitad de la población manual está expuesta) y la falta de autonomía sobre todo en los hombres (entre las mujeres la frecuencia de la exposición no es muy distinta entre clases manuales y no manuales, alrededor del 50%).^g

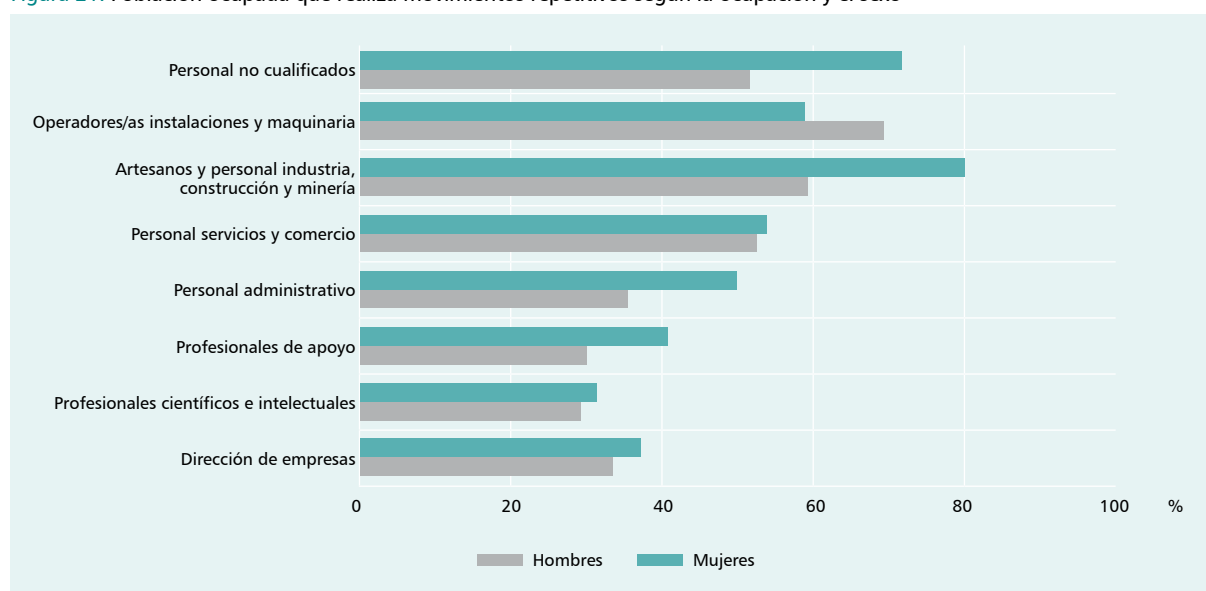
La ocupación es un determinante central de la exposición a los riesgos laborales. Al observarlo con mayor detalle, destaca la diferencia entre hombres y mujeres de una misma ocu-

pación, lo que refleja la segregación de género comentada en el apartado 1.2. Así, los movimientos repetitivos (figura 21) son más frecuentes entre las trabajadoras cualificadas de la industria (el 80% referían movimientos repetitivos) y las trabajadoras no cualificadas (71,5%), mientras que los hombres operadores de instalaciones y maquinaria son los más expuestos a estos riesgos (69,4%). También es interesante destacar la elevada repetitividad de movimientos entre trabajadores y trabajadoras de servicios y comercio y las administrativas.

En el mismo sentido (tal y como se observa en la figura 22), la falta de autonomía, uno de los dos factores de riesgo más prevalentes, es bastante más frecuente entre las mujeres operadoras de instalaciones y maquinaria (el 76,5%) y los hombres no cualificados (62,2%). También es interesante destacar la elevada proporción entre el personal de servicios y comercio.

Otras exposiciones que hay que destacar son el trabajo poco variado entre las mujeres en ocupaciones no cualificadas (70,1%), entre las ocupaciones manuales y entre el personal administrativo de ambos sexos (44,9% de los hombres y 39,3% de las mujeres). Por último, aunque con frecuencias muy inferiores, llama la atención que un 16% de las trabajadoras cualificadas de la industria, la construcción y la minería^h refieran malas relaciones con los compañeros y jefes, mientras que en los demás grupos no superan el 3%, excepto las malas relaciones con los jefes en las trabajadoras de servicios y comercio, que es del 5,1% (entre los hombres las diferencias no son estadísticamente significativas). Este resultado es consistente con el hecho docu-

Figura 21. Población ocupada que realiza movimientos repetitivos según la ocupación y el sexo

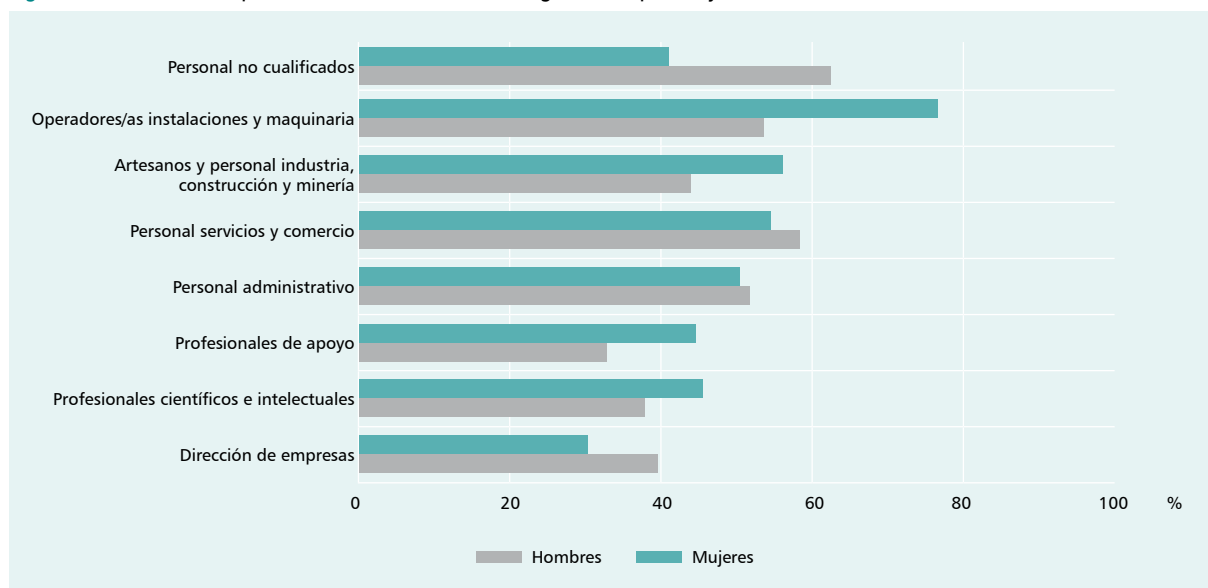


Fuente: Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

g Las diferencias de clase no son estadísticamente significativas entre los hombres con relación a las malas relaciones con los jefes ni entre las mujeres con relación al ruido, falta de autonomía, trabajar demasiado, malas relaciones con los compañeros y malas relaciones con los jefes.

h Los resultados referidos a este colectivo deben interpretarse con cautela dado el escaso número de efectivos.

Figura 22. Población ocupada con falta de autonomía según la ocupación y el sexo



Fuente: Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

mentado por la OIT en el sentido de que las mujeres que eligen ocupaciones tradicionalmente masculinizadas afrontan a menudo riesgos como aislamiento, acceso limitado a modelos de comportamiento femeninos y acoso sexual.

3. El estado de salud

3.1. Lesiones por accidente de trabajo

En el año 2007 se han producido en Barcelona 42.609 lesiones por accidente de trabajo (LAT) con baja, 448 de las cuales fueron graves y 29 mortales. Dos terceras partes de los accidentados han sido hombres, que también han sufrido las lesiones más graves (el 79,5% de las graves y el 93,1% de las mortales, de las que solo dos han afectado a mujeres).ⁱ

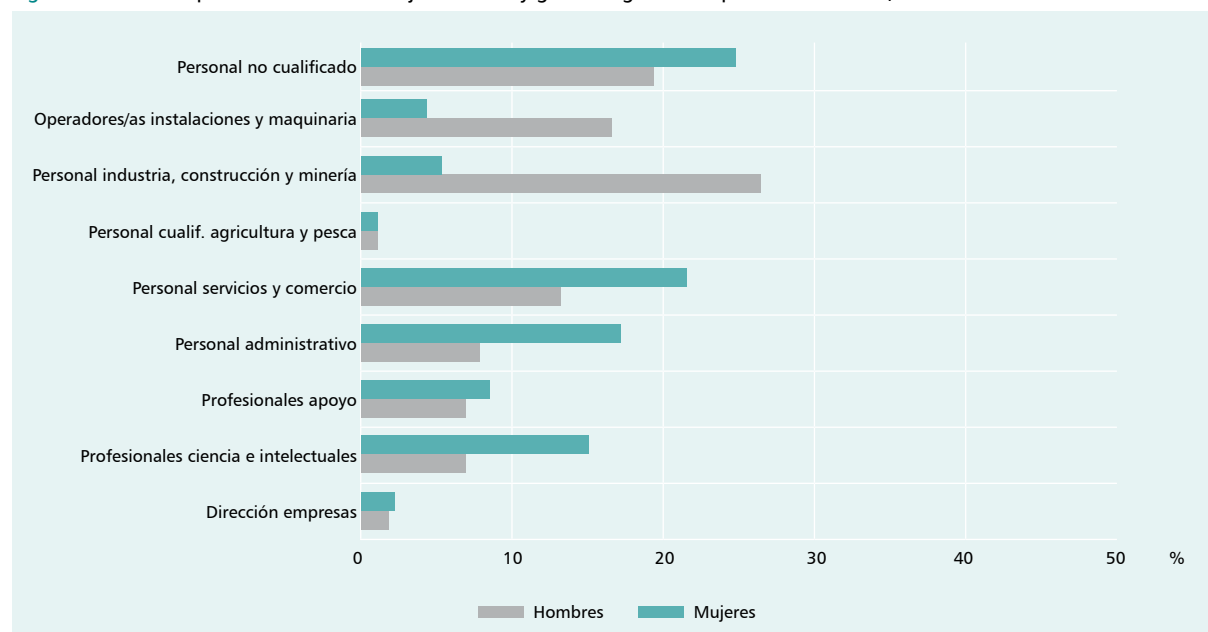
Tres cuartas partes se han producido en personas de clases sociales manuales; entre los hombres, sobre todo en trabajadores cualificados de la industria y de la construcción

(30,5% de todas las LAT ocurridas en hombres), y en trabajadores no cualificados (25,1%). Entre las mujeres, en trabajadoras de servicios y comercio (34% de las LAT ocurridas en mujeres) y en no cualificadas (27,3%).

A continuación se analizan las LAT graves y mortales, que han afectado a hombres en un 80% y se han producido con mayor frecuencia entre las clases sociales manuales (67,8% de las ocurridas en hombres y 54,8% en mujeres).

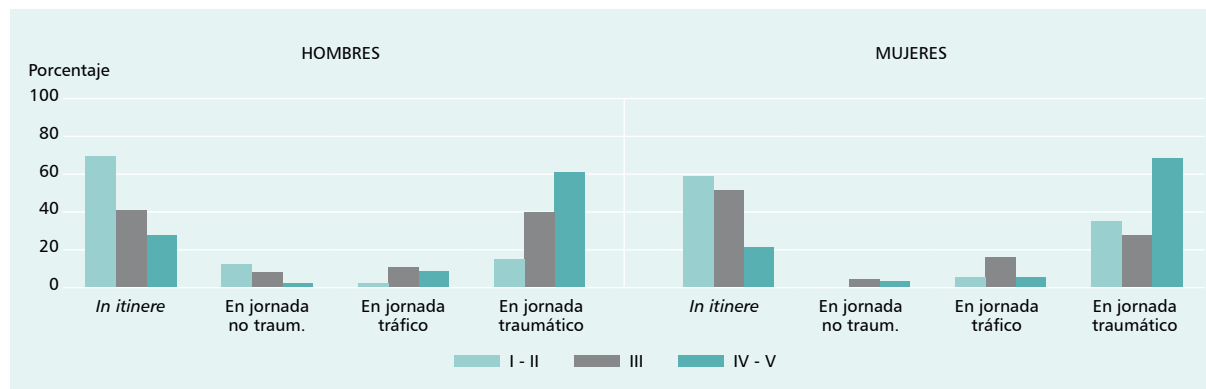
Entre los hombres, el personal cualificado de la industria y la construcción presenta la proporción más elevada de estas LAT (26,4%), seguido por el de ocupaciones no cualificadas (19,4%), mientras que en las mujeres el mayor porcentaje se ha dado en las no cualificadas (24,7%) seguidas de las trabajadoras de servicios y comercio (21,5% de las LAT graves y mortales ocurridas en mujeres) (figura 23).

Figura 23. Lesiones por accidente de trabajo mortales y graves según la ocupación. Barcelona, 2007



Fuente: Registro de accidentes de trabajo del Departamento de Trabajo. Generalitat de Catalunya. Elaboración propia.

ⁱ En este apartado se presentan los datos de LAT en número, frecuencia relativa al total de casos y tasa de incidencia. Hay que tener en cuenta que las frecuencias se han calculado con relación a los casos de LAT; por ejemplo, cuando se comenta que el 65,3% de las LAT con baja de 2007 se han producido en las clases sociales IV-V y el 11,9% en las clases I-II, se refiere a los porcentajes respecto de todas las LAT, no que entre todas las personas ocupadas de clases IV-V se hayan accidentado un 65,3% y que de todas las de clases I-II se hayan accidentado un 11,9%. Esta última interpretación solo puede hacerse en el caso de las tasas de incidencia, que sí tienen en cuenta el número total de personas, tanto las que han sufrido alguna LAT como las que no. Las tasas de incidencia solo se han calculado para el total de LAT y según la gravedad porque no se dispone de los datos de población afiliada a la Seguridad Social desagregada por otras variables como el sexo o la ocupación. En el apartado de métodos se comentan con más detalle las limitaciones del análisis de las LAT.

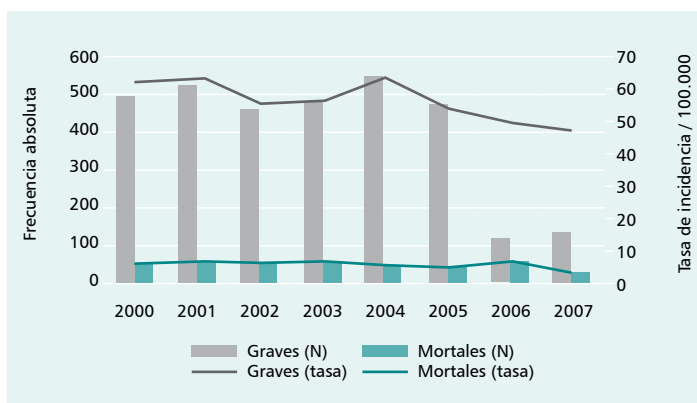
Figura 24. Lesiones por accidente de trabajo mortales y graves según el sexo, la clase social y el tipo de accidente. Barcelona, 2007

Fuente: Registro de accidentes de trabajo del Departamento de Trabajo. Generalitat de Catalunya. Elaboración propia.

Una tercera parte de estas LAT se han producido *in itinere*, es decir, en el trayecto del domicilio al puesto de trabajo, y poco más de la mitad han sido de causa traumática durante la jornada laboral, mientras que también durante la jornada han ocurrido un 8,6% de las LAT de tráfico y un 4,6% han sido de causa no traumática (infartos y otra patología relacionada).

En ambos sexos, las lesiones por accidente traumático en jornada laboral, es decir, las más estrechamente asociadas con las condiciones de trabajo, han sido más frecuentes entre los trabajadores y trabajadoras manuales. En cambio, las ocurridas *in itinere* han tenido mayor peso entre las clases más acomodadas (figura 24).

Al igual que en el resto del Estado español, en Barcelona se ha producido una disminución de la incidencia de LAT con baja en los últimos años. La tasa de incidencia del año 2000 fue de 57,6 LAT por 1.000 personas afiliadas a la Seguridad Social,^j mientras que en el 2007 ha sido de 44,6. La figura 25 muestra el número y la tasa de incidencia de las LAT graves y mortales, pudiendo observarse que la disminución de los últimos años se ha producido sobre todo en las lesiones graves. Las mortales, en cambio, se han mantenido bastante estables, alrededor de 50 anuales, salvo en los dos últimos años, con un notable incremento en el año 2006 y un descenso aún más pronunciado en el 2007.

Figura 25. Evolución de las lesiones por accidente de trabajo graves y mortales según la gravedad. Barcelona, 2000-2007

Fuente: Registro de accidentes de trabajo del Departamento de Trabajo. Generalitat de Catalunya. Elaboración propia.

Atendiendo al tipo de LAT se observa que, en el conjunto de graves y mortales, el descenso de los últimos años se ha producido sobre todo en las de causa traumática ocurridas en jornada laboral (ver la nota al pie de la figura 26 con relación a los datos de 2003 y 2004), las más relacionadas con las condiciones del puesto de trabajo (figura 26).

Al comparar la magnitud de las LAT ocurridas en Barcelona con el resto de Cataluña se observa una menor incidencia en Barcelona en las producidas durante la jornada laboral, tal como ilustra la figura 27 con relación a las lesiones no mortales. En cambio, las producidas *in itinere* tienen valores semejantes en todo el territorio.

3.2. Enfermedades profesionales

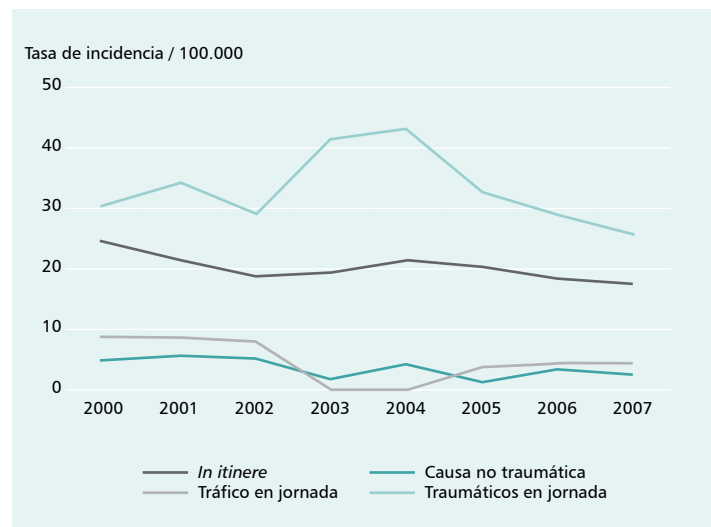
En el año 2006, el último del que se dispone de datos de enfermedades profesionales (EP) en personas que trabajan en la ciudad de Bar-

^j Ver el apartado de métodos para mayor detalle sobre el cálculo de las tasas de incidencia.

celona, se notificaron 617 EP con baja (tasa de incidencia = 66,6 por 10.000 personas afiliadas a la Seguridad Social), cuatro de las cuales fueron calificadas de graves. El 52% afectaron a hombres. La mayoría de las EP fueron por fatiga de las vainas tendinosas (80,8% en hombres y 70,9% en mujeres), seguidas de las producidas por parálisis de los nervios debida a presión (5,8% en hombres y 17,9% en mujeres).^k

La mayoría de las EP declaradas afectaban a población ocupada de clases manuales (91,6% de los hombres y 82,1% de las mujeres). Mientras que entre las mujeres el mayor número correspondió a las trabajadoras no cualificadas (35,8%), seguidas de las de servicios y comercio (30,7%), entre los hombres el grupo más numeroso fue el de trabajadores cualificados de la industria y la construcción (38,3%), seguido por el de operadores de instalaciones y maquinaria (26,2%) (figura 28).

Figura 26. Evolución de las lesiones por accidente de trabajo graves y mortales según el tipo de accidente. Barcelona, 2000-2007



Fuente: Direcció General de Recursos Sanitaris. Departament de Salut. Barcelona, abril 2006.

Nota: en el año 2003 se produjo un cambio en el sistema de información de las LAT que no permite identificar las debidas a accidentes de tráfico de este de año ni de 2004, por lo que en estos dos años la categoría 'traumáticos en jornada' incluye, además de los traumáticos, los accidentes de tráfico.

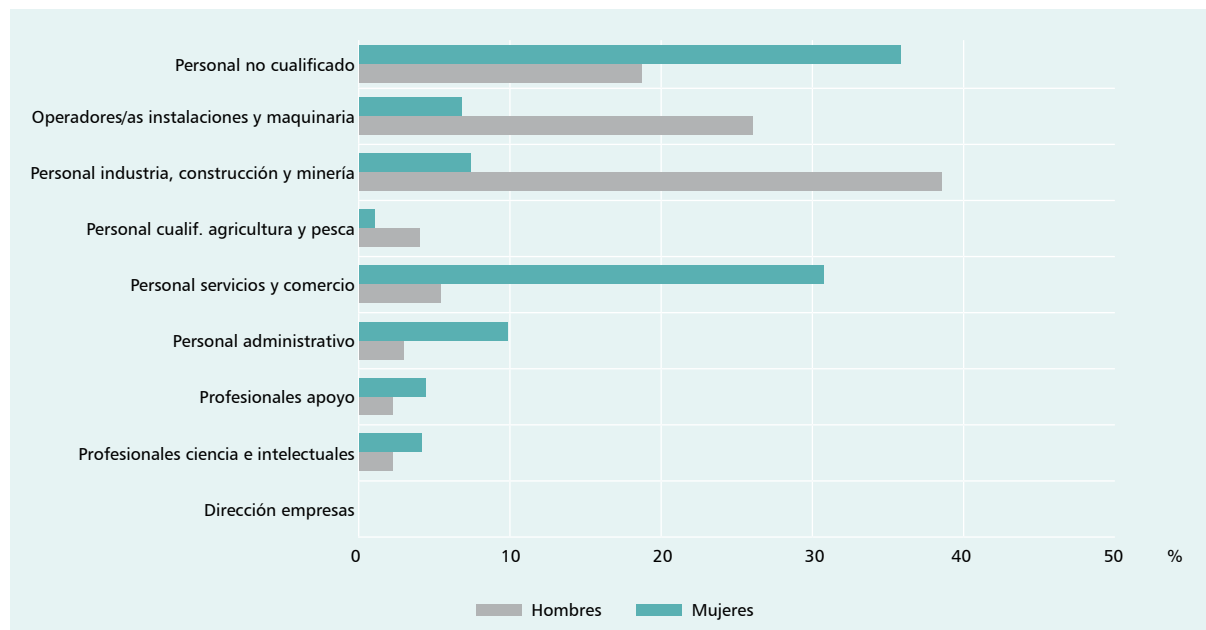
Figura 27. Lesiones no mortales por accidente de trabajo en jornada laboral según la región sanitaria. Cataluña, 2004



Fuente: Benavides FG, Portolés C, Torralba L, Unamuno A, Malè A. Indicadors de salut laboral a Catalunya, any 2004. Direcció General de Recursos Sanitaris. Departament de Salut. Barcelona, abril 2006.

^k En este apartado se presentan los datos de EP en número, frecuencia relativa al total de casos y tasa de incidencia. Para la interpretación de los resultados ver el pie de página del apartado de lesiones por accidente de trabajo (pie de página letra i). Las tasas de incidencia solo se han calculado para el total de EP puesto que no se dispone de los datos de población afiliada a la Seguridad Social desagregada por otras variables como el sexo o la ocupación. En el apartado de métodos se comentan con más detalle las limitaciones del análisis de las EP.

Figura 28. Enfermedades profesionales según la ocupación y el sexo. Barcelona, 2006

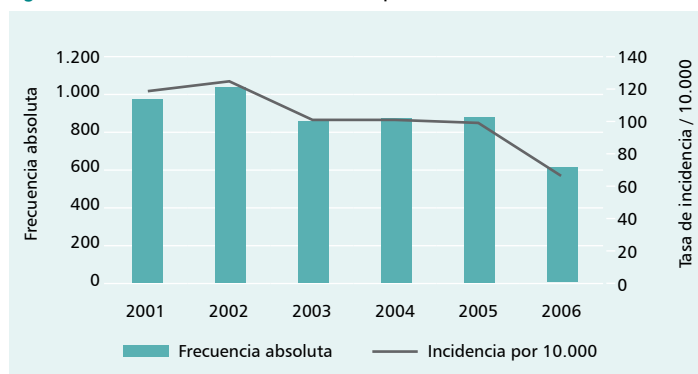


Fuente: Registro de enfermedades profesionales del Departamento de Trabajo. Generalitat de Catalunya. Elaboración propia.

El número e incidencia de EP ha experimentado una tendencia decreciente desde el año 2001, especialmente marcada en 2006, coincidiendo con un cambio en la gestión de la indemnización (figura 29).

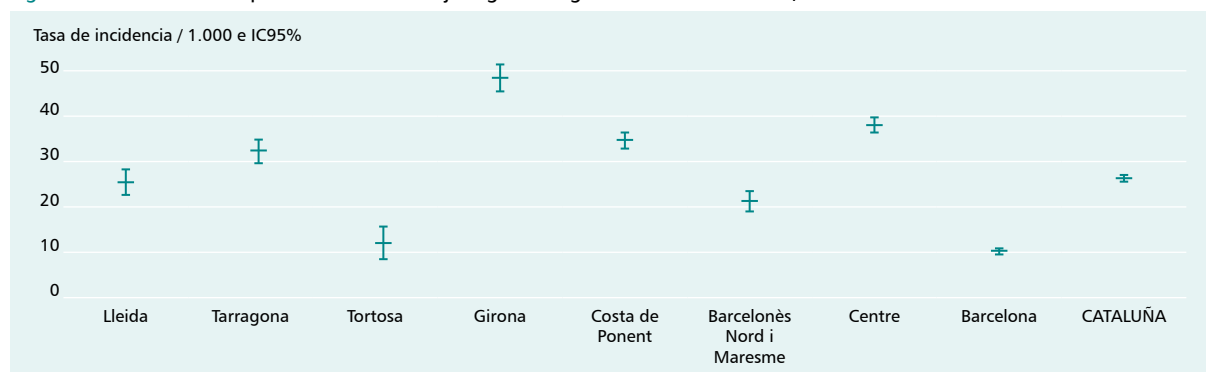
Al igual que se comentaba en el capítulo anterior con relación a las LAT en jornada, y tal y como se observa en la figura 30, la incidencia de EP es significativamente más baja en Barcelona que en el resto de regiones sanitarias de Cataluña.

Figura 29. Evolución de las enfermedades profesionales. Barcelona, 2001-2006

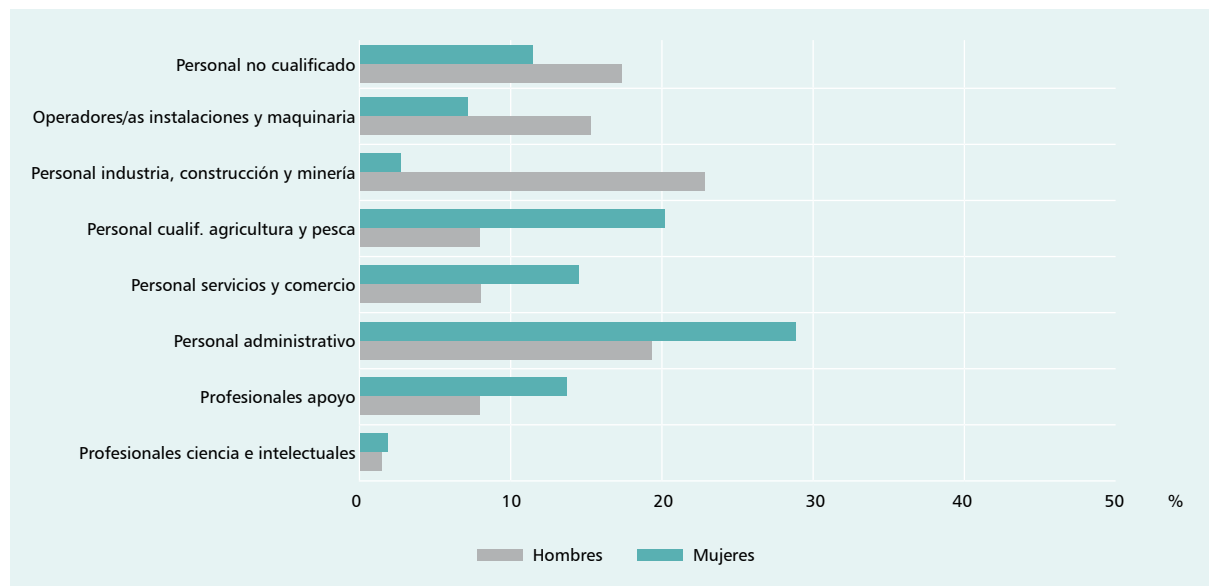


Fuente: Registro de enfermedades profesionales del Departamento de Trabajo. Generalitat de Catalunya. Elaboración propia.

Figura 30. Enfermedades profesionales con baja según la región sanitaria. Cataluña, 2004



Fuente: Benavides FG, Portolés C, Torralba L, Unamuno A, Malè A. Indicadors de salut laboral a Catalunya, any 2004. Direcció General de Recursos Sanitaris. Departament de Salut. Barcelona, abril 2006.

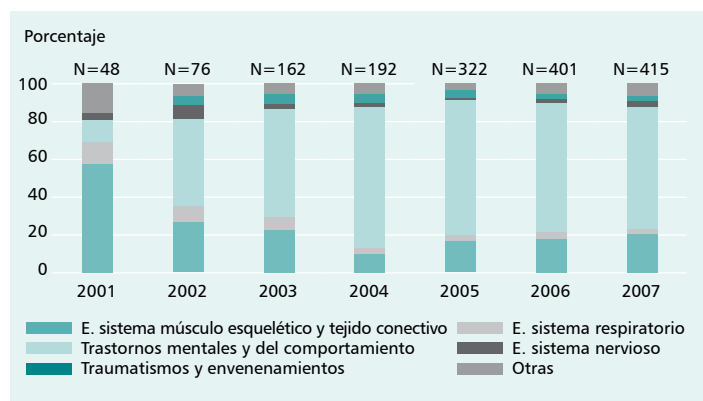
Figura 31. Trastornos de salud relacionados con el trabajo según la ocupación y el sexo. Barcelona, 2007

Fuente: Registro de enfermedades relacionadas con el trabajo de la Unidad de Salud Laboral de Barcelona. Agencia de Salud Pública de Barcelona.

3.3. Enfermedades relacionadas con el trabajo

En Cataluña, los trastornos de salud relacionados con el trabajo que se atienden en los centros de atención primaria son notificados voluntariamente por los profesionales sanitarios a las unidades de salud laboral (USL). De los 415 casos notificados en 2007 a la USL de Barcelona, casi dos terceras partes se han producido en mujeres (63,8%). Entre los hombres, un 60% de los casos han ocurrido en las clases manuales y entre las mujeres han sido el 47,4%. Una cuarta parte de los casos masculinos han afectado a hombres de clase III, mientras que en las mujeres han supuesto una tercera parte.¹

La ocupación más frecuente entre las mujeres ha sido la de profesional de apoyo (28,8%), seguido de las trabajadoras de servicios y comercio (20,1%). Entre los hombres, la frecuencia más alta de casos se ha dado en los trabajadores cualificados de la industria, la construcción y la minería (22,7%), seguidos de los profesionales de apoyo y los trabajadores no cualificados (19,3% y 17,3%,

Figura 32. Evolución de los trastornos de salud relacionados con el trabajo según el diagnóstico. Barcelona, 2001-2007

Fuente: Registro de enfermedades relacionadas con el trabajo de la Unidad de Salud Laboral de Barcelona. Agencia de Salud Pública de Barcelona.

respectivamente). En la figura 31 puede observarse la distribución de casos según la ocupación.

Entre el año 2001 y el 2007, los casos notificados a la USL de Barcelona han pasado de 48 a 415, siendo los problemas de salud de tipo ansioso-depresivo los más notificados en los últimos años (en 2007 han constituido el 64,3%, seguidos de los trastornos músculo esqueléticos que han sido el 20,7%) (figura 32).

¹ En este apartado se presentan los datos de enfermedades relacionadas con el trabajo por número de casos y frecuencia relativa en el total. Para la interpretación de los resultados ver el pie de página del apartado de lesiones por accidente de trabajo (pie de página letra i).

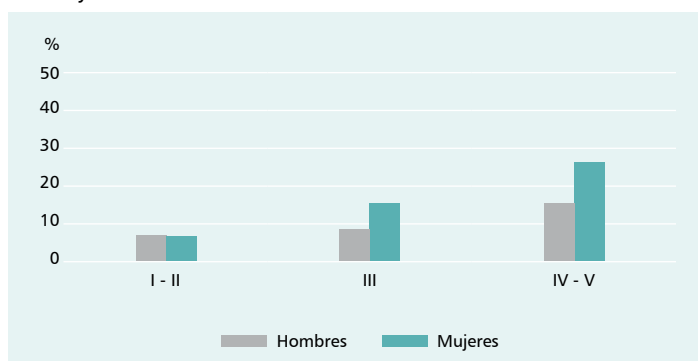
Al comparar los datos de Barcelona con el resto de Cataluña se observa que los trastornos de salud mental notificados a las USL son mucho más frecuentes en la ciudad que en las demás regiones sanitarias, tal como muestran los datos del año 2005, el último del que se dispone de datos conjuntos del país, puesto que en el resto de Cataluña el 34% de los trastornos notificados fueron de tipo mental^m mientras que en Barcelona fueron el 70,5%.

3.4. Estado de salud percibido

El estado de salud percibido está relacionado con la edad (a mayor edad peor salud percibida) y con el sexo, de manera que, según la ESB06, un 16,7% de las mujeres ocupadas y un 11,1% de los hombres ocupados tienen un estado de salud regular o malo.

Los hombres y las mujeres de clases sociales I-II y los hombres de clase III presentan proporciones de mala salud percibida muy similares (entre el 7% y 8%), mientras que las mujeres de clase III y los hombres de clase manual casi doblan este porcentaje. La mayor proporción de personas con

Figura 33. Población ocupada con mal estado de salud percibido según el sexo y la clase social

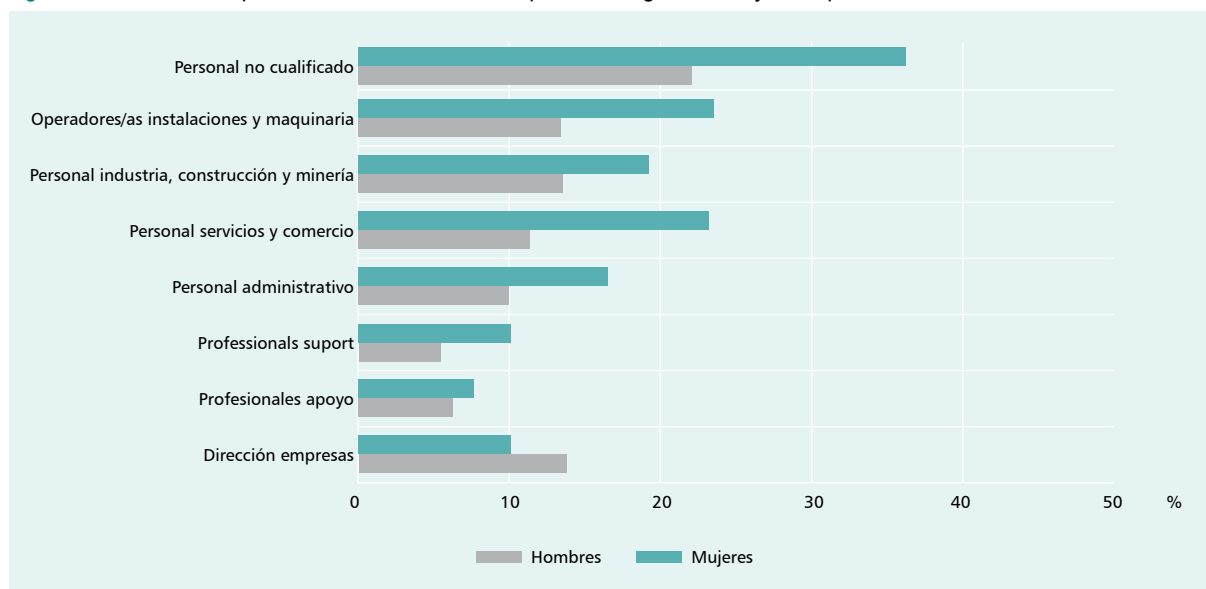


Fuente: Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

mala salud la constituyen las mujeres de clase manual (26,2%) (figura 33).

Con relación a la ocupación, en la figura 34 se observa que las proporciones más elevadas de mala salud percibida se dan en el personal no cualificado, sobre todo entre las mujeres (en comparación con el personal profesional de la ciencia y los intelectuales de la misma edad, en los hombres es cinco veces superior y en las mujeres seis veces superior), los operadores de instalaciones y maquinaria, el personal cualificado de la industria y la construcción y también, sobre todo entre las mujeres, las trabajadoras de los servicios y el comercio.

Figura 34. Población ocupada con mal estado de salud percibido según el sexo y la ocupación



Fuente: Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

^m Datos no publicados. Registro de enfermedades relacionadas con el trabajo. Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya.

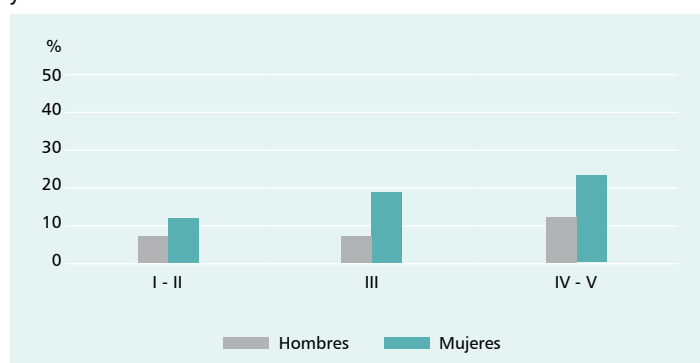
3.5. Salud mental

La salud mental de la población ocupada se asocia al sexo, de manera que la proporción de mujeres con mal estado de salud mental es el doble que la de hombres (18% y 9,2%, respectivamente). La edad, en cambio, no se asocia.

Los hombres de clases no manuales y los de clase III tienen las prevalencias de mala salud mental más bajas (7,2% en ambos casos), los hombres de clase manual y las mujeres de clase no manual presentan porcentajes similares (12%) y son las mujeres de clase III y, sobre todo, las manuales las que presentan las proporciones superiores de mala salud mental (18,8% y 23%, respectivamente) (figura 35).

En el análisis por ocupaciones (figura 36) destaca el elevado porcentaje de mujeres no cualificadas con mal estado de salud mental (el 28,2%), así como las operadoras de instalaciones y maquinaria, las de servicios y comercio y las administrativas (con proporciones iguales o superiores al 20%). Entre los hombres destacan los trabajadores no cualificados (17,6%). Otro resultado de interés son las diferencias entre hombres y mujeres de una misma ocupación, sobre todo entre el personal de servicios y comercio, administrativo y profesionales de apoyo.

Figura 35. Población ocupada con mala salud mental según el sexo y la clase social



Fuente: Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

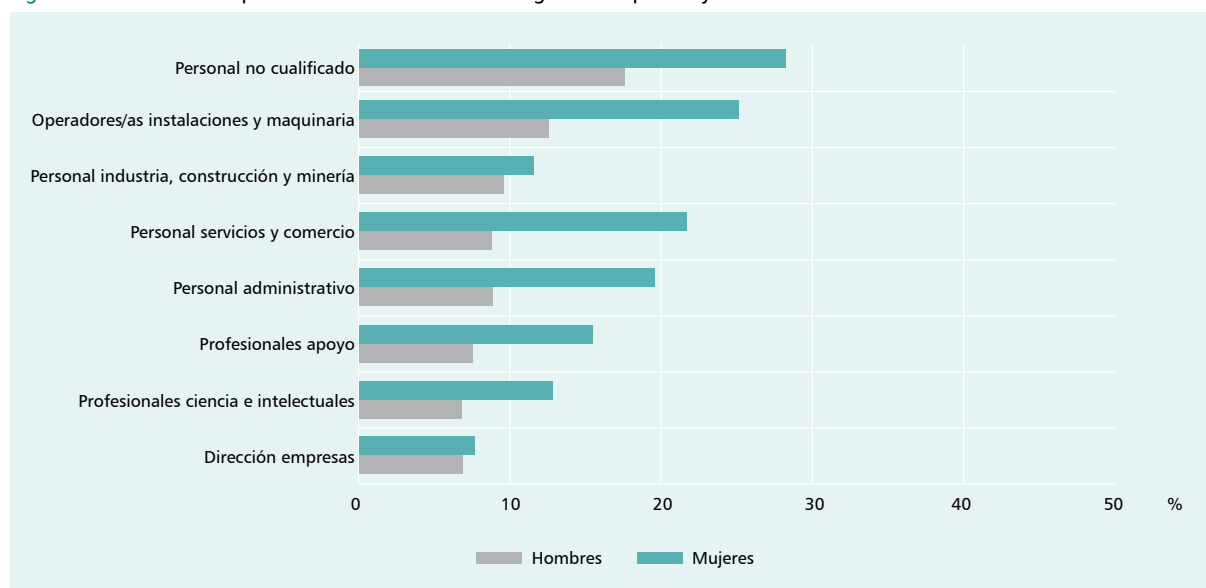
3.6. Dolor de espalda cervical

Entre las mujeres ocupadas, la proporción de las que tienen dolor de espalda crónico a nivel cervical es doble que la de los hombres (26,3% y 13,2%, respectivamente), aumentando la frecuencia con la edad, lo que no sucede en los hombres.

Tanto en el caso de los hombres como en el de las mujeres, las clases sociales manuales sufren más dolor cervical que las no manuales debiendo destacarse la elevada proporción de mujeres de clases IV-V que lo sufren (figura 37).

En ambos sexos, el personal operador de instalaciones y maquinaria es el que presenta un mayor porcentaje de dolor cervical (23,6% los hombres y 41,2% las mujeres). Entre las mujeres las siguen las de ocu-

Figura 36. Población ocupada con mala salud mental según la ocupación y el sexo



Fuente: Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

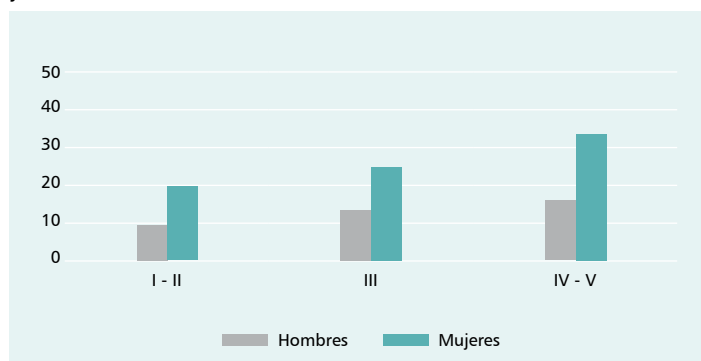
paciones no cualificadas y las trabajadoras de servicios y comercio. Entre los hombres, los trabajadores no cualificados y los cualificados de la industria y la construcción son los que sufren dolor cervical en una proporción más alta. En la figura 38 se presenta la frecuencia de dolor de espalda cervical según la ocupación y el sexo y también se observa que las mayores diferencias entre hombres y mujeres se producen en el personal de servicios y comercio (las mujeres tienen una frecuencia cuatro veces superior a los hombres de la misma ocupación y edad).

3.7. Dolor de espalda lumbar

La proporción de mujeres con dolor lumbar es similar al cervical (26,3%) y la de hombres superior (19%). Con la edad se incrementa la frecuencia del dolor de espalda lumbar, sobre todo en las mujeres, de manera que aumentan las diferencias entre unos y otras.

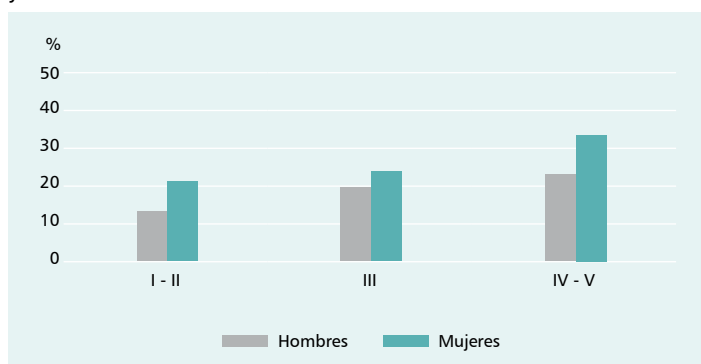
En ambos sexos, el trabajo en ocupaciones manuales multiplica por dos la probabilidad de sufrir dolor de espalda lumbar con relación a las clases no manuales, independientemente de la edad. Tal como se observa en la figura 39, la proporción más elevada de dolor lumbar se produce en las mujeres de clases IV-V.

Figura 37. Población ocupada con dolor de espalda cervical según el sexo y la clase social



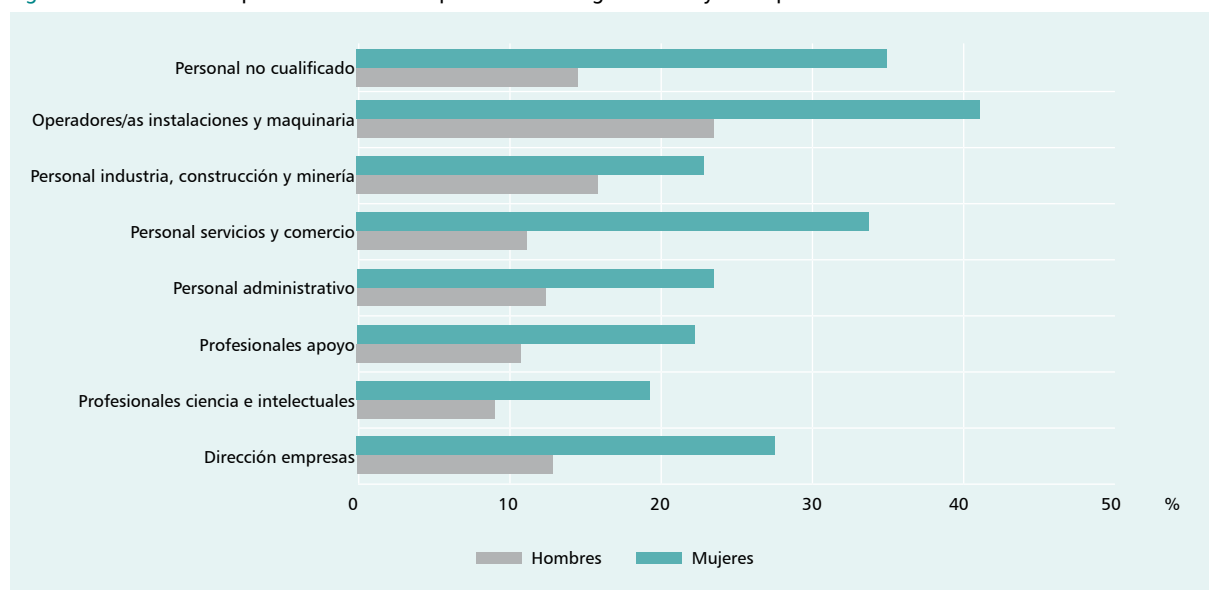
Fuente: Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

Figura 39. Población ocupada con dolor de espalda lumbar según el sexo y la clase social



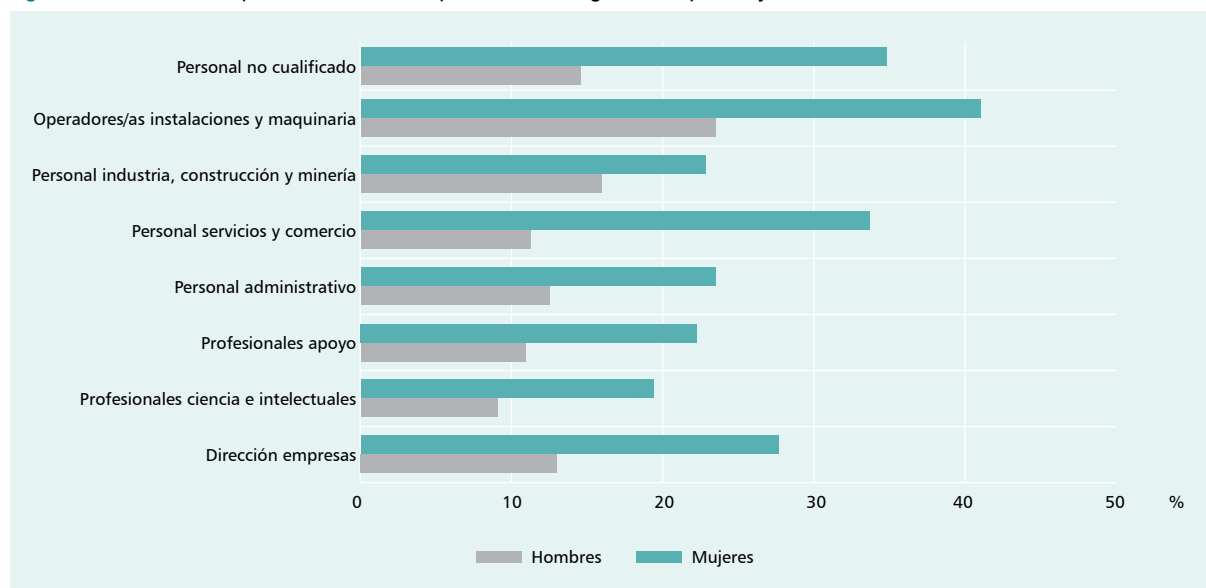
Fuente: Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

Figura 38. Población ocupada con dolor de espalda cervical según el sexo y la ocupación



Fuente: Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

Figura 40. Población ocupada con dolor de espalda lumbar según la ocupación y el sexo



Fuente: Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

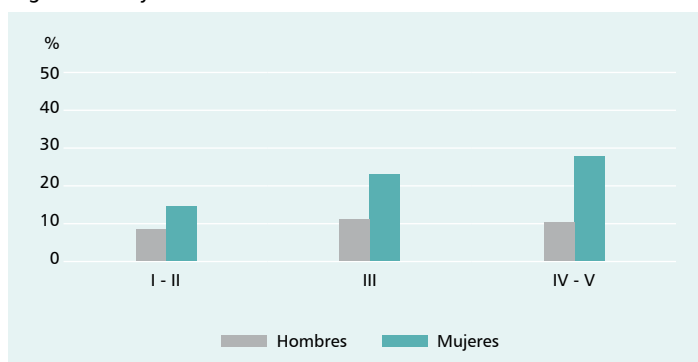
Los hombres y las mujeres operadores de instalaciones y maquinaria (sobre todo las mujeres) y el personal no cualificado son las ocupaciones con una frecuencia más elevada de dolor lumbar. Entre las mujeres también destacan las trabajadoras de servicios y comercio y, entre los hombres, los trabajadores cualificados de la industria. Todos estos grupos presentan probabilidades entre el doble y el triple de sufrir dolor de espalda lumbar en comparación con el grupo de profesionales (figura 40), con independencia de la edad.

3.8. Jaqueca o dolores de cabeza frecuentes

Un 15,3% de la población ocupada sufre jaqueca o dolores de cabeza frecuentes, en mayor medida las mujeres que los hombres (21,6% ellas, 9,7% ellos), trastorno que no se asocia a la edad. Entre los hombres no hay diferencia entre clases sociales, contrariamente a las mujeres, en las que son las de clases manuales las que más sufren estas dolencias (27,1%) (figura 41).

Tal como se observa en la figura 42, entre las mujeres, la frecuencia más alta de jaqueca se da en las trabajadoras cualificadas de la industria y la construcción y en las no cualificadas. Entre los hombres, la ocupa-

Figura 41. Población ocupada con jaqueca o dolores de cabeza frecuentes según el sexo y la clase social



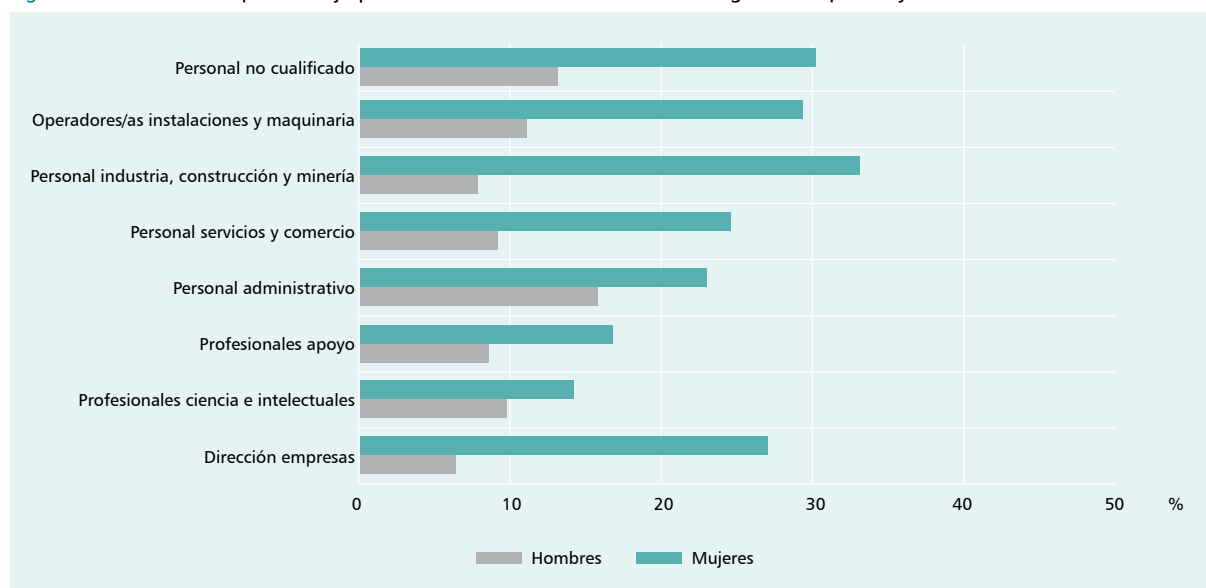
Fuente: Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

ción no se asocia a este problema de salud (las diferencias que se pueden observar en la figura 42 no son estadísticamente significativas). En general, las diferencias entre hombres y mujeres son muy elevadas en todas las ocupaciones, pero hay que destacar las que se dan entre el personal directivo y el cualificado de la industria y construcción.

3.9. Trastornos crónicos

En la ESB06 se pregunta sobre la presencia de alguno de los 28 trastornos crónicos que figuran en una lista. Un 63,7% de la población ocupada sufre o había sufrido por lo menos uno de dichos trastornos, situación estrechamente relacionada con la edad y también con el sexo, de manera que las mujeres sufren en una proporción más alta uno o más de estos trastornos (73,7% de las mujeres y 58,4% de los hombres).

Figura 42. Población ocupada con jaqueca o dolores de cabeza frecuentes según la ocupación y el sexo



Fuente: Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

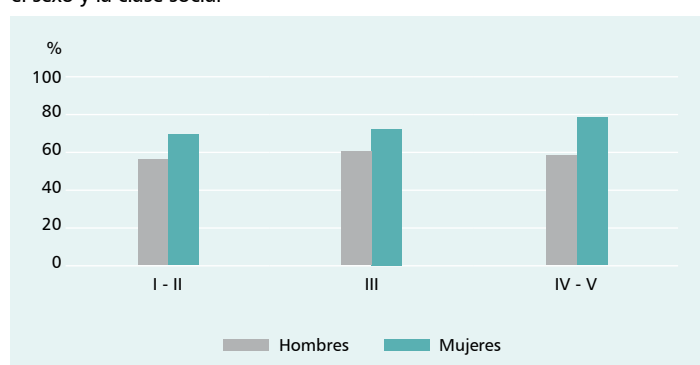
Las mujeres de clases sociales manuales tienen en mayor proporción (78,5%) por lo menos un trastorno crónico con relación a las de otras clases (figura 43). Las proporciones de personas con trastornos crónicos varían poco entre ocupaciones y son las mujeres en ocupaciones no cualificadas (84,9%), las operadoras de instalaciones y maquinaria (88,2%) y las trabajadoras cualificadas de la industria y construcción (85,2%) las que presentan porcentajes más elevados (figura 44).

Hay que destacar que pese a tener en cuenta la diferente distribución de la edad entre clases sociales y ocupaciones, las trabajadoras de clases manuales y específicamente las no cualificadas (en ambos casos de mayor edad) sufren más trastornos crónicos con relación a los demás grupos.

Entre los hombres, las diferencias entre clases sociales y ocupaciones no son estadísticamente significativas.

Por último, las diferencias entre hombres y mujeres en la misma ocupación son más acentuadas entre el personal operador de instalaciones y maquinaria, con 5,6 veces más mujeres con por lo menos un trastorno crónico que los hombres de la misma edad.

Figura 43. Población ocupada con uno o más trastornos crónicos según el sexo y la clase social



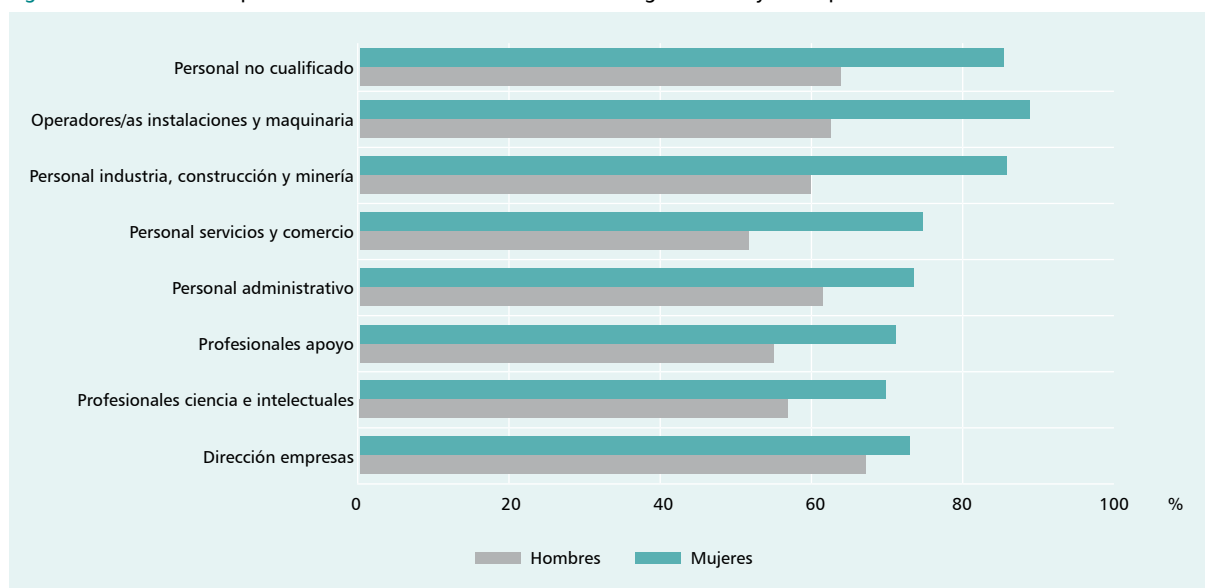
Fuente: Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

3.10. Satisfacción con las condiciones de trabajo

El 16,2% de la población ocupada se manifiesta insatisfecha o muy insatisfecha con las condiciones de trabajo. La edad se relaciona con la satisfacción, de manera que al aumentar la primera también aumenta la segunda. La proporción de mujeres insatisfechas con las condiciones de trabajo es un poco superior que la de hombres (14,9% los hombres y 17,7% las mujeres).

La satisfacción con el trabajo se asocia a la clase social, de manera que las clases más acomodadas están más satisfechas (el 91,9% de los hombres de las clases I-II y el 86,1% de las mujeres). En la figura 45 se observa la distribución de la insatisfacción con el trabajo según la clase social y el sexo.

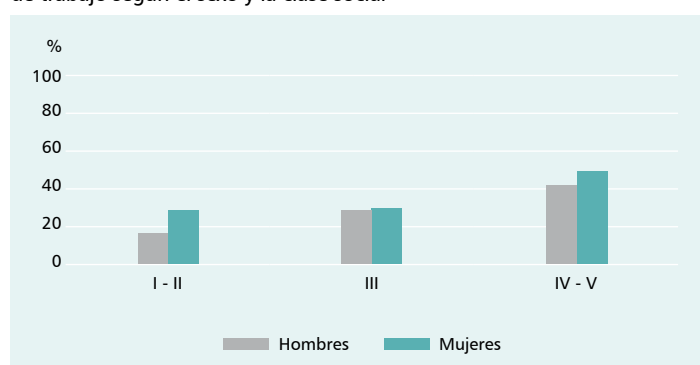
Figura 44. Población ocupada con uno o más trastornos crónicos según el sexo y la ocupación



Fuente: Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

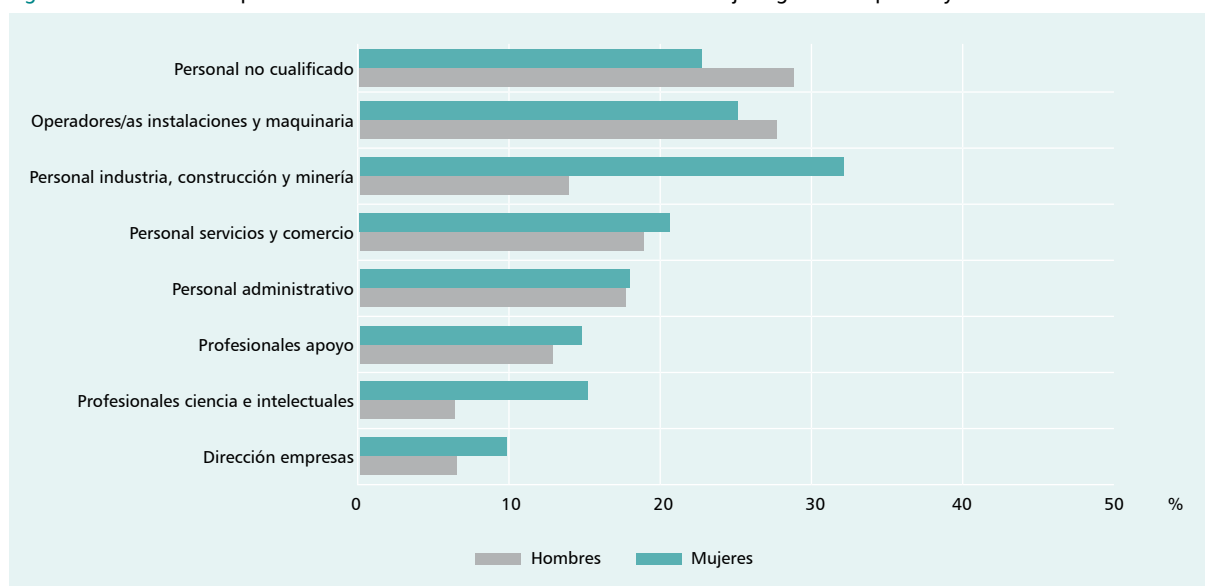
El personal no cualificado y los operadores de instalaciones y maquinaria destacan entre los hombres en cuanto a la proporción de insatisfacción con el trabajo, con valores próximos al 30%. Entre las mujeres, el 32% de las trabajadoras cualificadas de la industria y la construcción están insatisfechas con las condiciones de trabajo, seguidas de las operadoras de instalaciones y maquinaria (25%) y las no cualificadas (22,7%). En ambos sexos, el personal de servicios y comercio y el administrativo son grupos con proporciones elevadas de insatisfacción con las condiciones de trabajo (figura 46).

Figura 45. Población ocupada con insatisfacción con las condiciones de trabajo según el sexo y la clase social



Fuente: Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

Figura 46. Población ocupada con insatisfacción con las condiciones de trabajo según la ocupación y el sexo



Fuente: Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

4. Los comportamientos relacionados con la salud

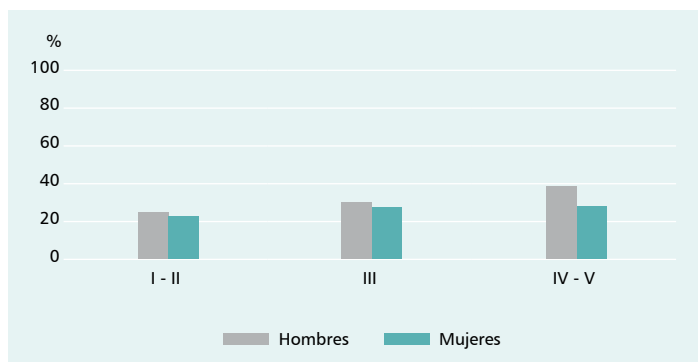
Las condiciones de trabajo se asocian con los hábitos relacionados con la salud. Un entorno laboral duro puede promover un consumo más elevado de tabaco o alcohol, las dietas no saludables o un número insuficiente de horas de sueño.

4.1. Tabaquismo

El tabaco se asocia a un amplio abanico de enfermedades como diferentes tipos de cáncer, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad coronaria, accidente cerebrovascular o úlcera péptica.⁴⁵

Entre la población ocupada de Barcelona, la frecuencia de tabaquismo es superior entre los hombres (32,5% de los hombres frente a 24,8% de las mujeres fuman). En las mujeres no existe ninguna asociación con la clase social ni con la ocupación, al contrario que en los hombres, entre quienes la frecuencia de tabaquismo es superior en los de clases más desfavorecidas (figura 47) y en los trabajadores cualificados de la industria y la construcción, operadores de instalaciones y

Figura 47. Población ocupada fumadora según la clase social y el sexo



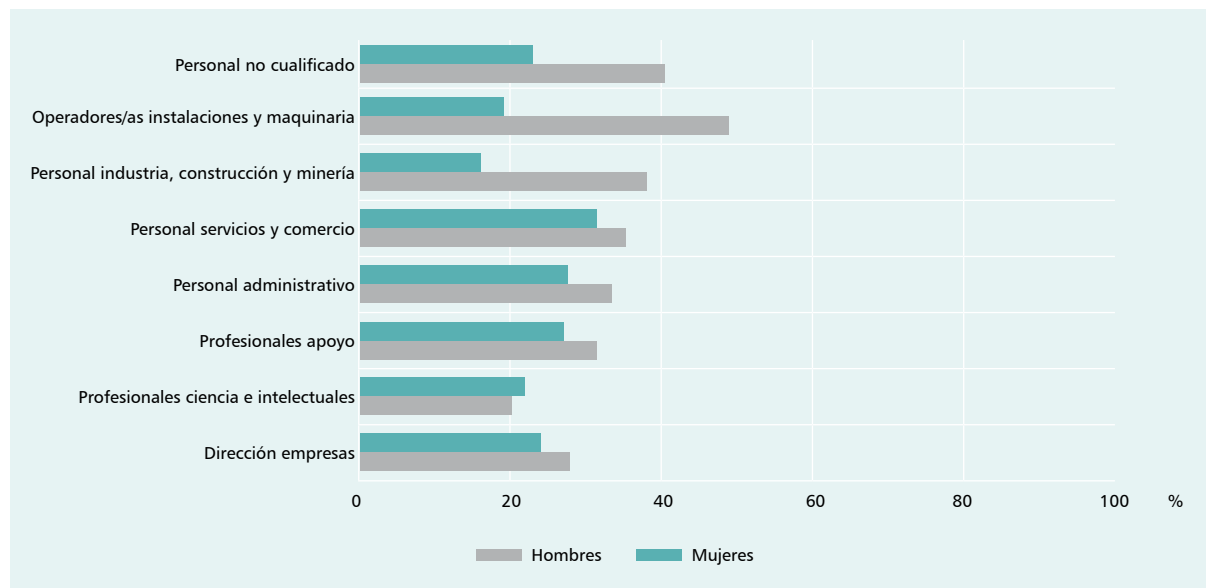
Fuente: Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

maquinaria y trabajadores no cualificados (figura 48). La frecuencia más baja corresponde a los profesionales científicos e intelectuales (las diferencias que se observan entre las mujeres en la figura 47 y en la figura 48 no son estadísticamente significativas).

4.2. Exceso de peso

El exceso de peso y la obesidad se asocian con riesgo de enfermedad cardiovascular, diabetes tipo 2, algunos tipos de cáncer, osteoartritis,

Figura 48. Población ocupada fumadora según la ocupación y el sexo

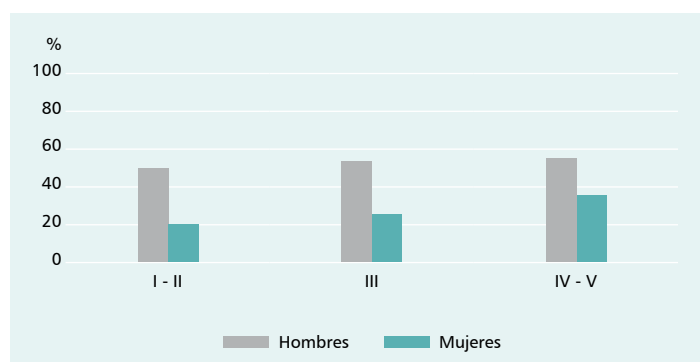


Fuente: Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

incapacidad laboral y apnea del sueño, entre otros trastornos.⁴⁶ En la población ocupada de Barcelona, la frecuencia de exceso de peso es superior entre los hombres (52,4% de los hombres por 27,1% de las mujeres). En ambos sexos se incrementa entre las clases más desfavorecidas (figura 49), sobre todo entre las mujeres, en las que la proporción de clases manuales con exceso de peso es muy superior a la de las clases I-II.

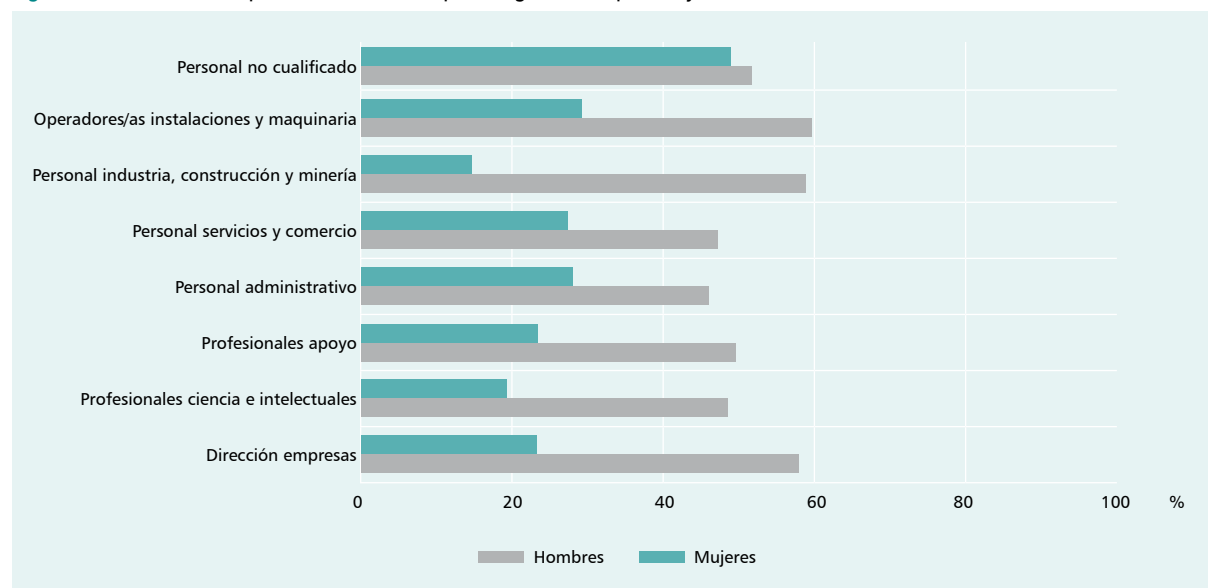
Los operadores de instalaciones y maquinaria y los trabajadores cualificados de la industria y la construcción son, entre los hombres, las ocupaciones en las que se da con mayor frecuencia exceso de peso (cerca del 60%), incluso considerando las diferencias de edad entre ocupaciones (hay que tener en cuenta que el exceso de peso aumenta con la edad en ambos sexos). Entre las mujeres destacan las trabajadoras en ocupaciones no cualificadas con un porcentaje de exceso de peso similar al de los hombres de la misma ocupación (figura 50) y muy superior al de las profesionales.

Figura 49. Población ocupada con exceso de peso según la clase social y el sexo



Fuente: Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

Figura 50. Población ocupada con exceso de peso según la ocupación y el sexo



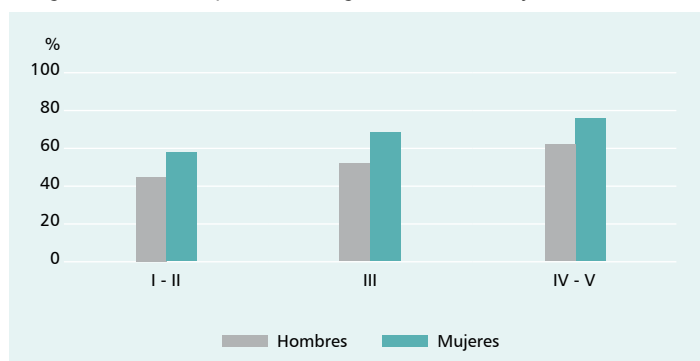
Fuente: Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

4.3. Ejercicio físico en el tiempo de ocio

La actividad física mejora el estado de salud general y se asocia con reducción de la mortalidad por todas las causas, menor riesgo de enfermedad cardiovascular, hipertensión arterial, diabetes tipo 2, obesidad, osteoporosis, trastornos cognitivos y algunos tipo de cáncer.⁴⁷ Entre la población ocupada de Barcelona, la práctica de actividad física moderada o vigorosa en el tiempo de ocio es más frecuente entre los hombres (45,1% de los hombres frente a 30,9% de las mujeres). En ambos sexos es menos frecuente entre las clases sociales menos acomodadas, debiendo destacarse las mujeres de clases manuales, en las que tres cuartas partes no realizan actividad física moderada ni vigorosa en el tiempo de ocio (figura 51).

Solo el 17% de las mujeres con ocupaciones no cualificadas realiza una actividad física moderada o vigorosa en el tiempo de

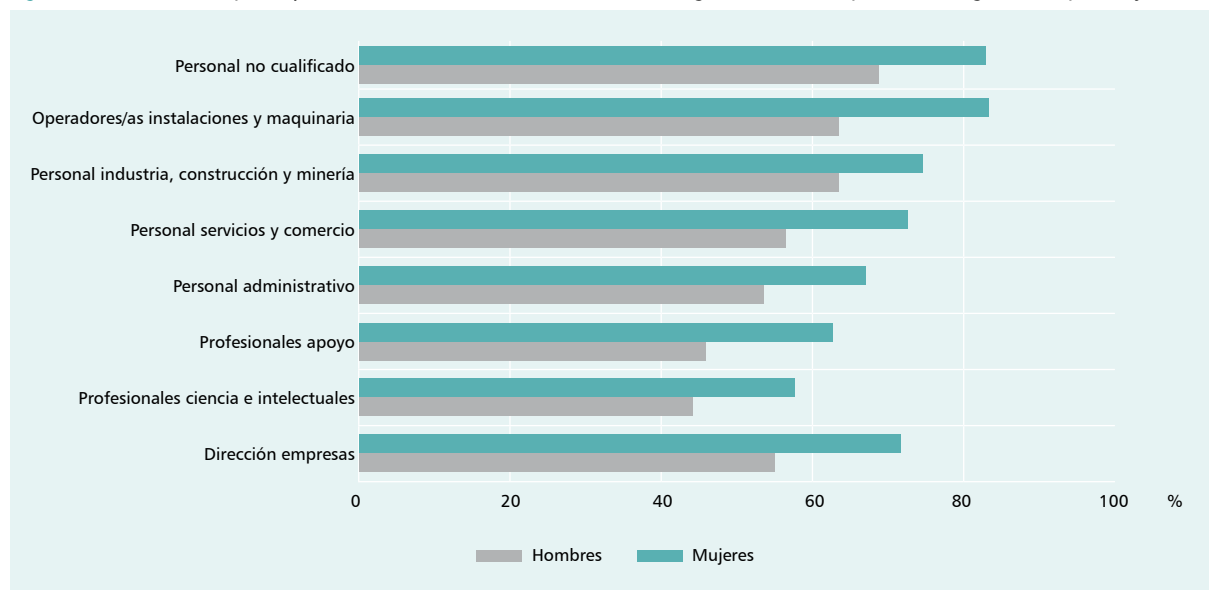
Figura 51. Población ocupada que no realiza actividad física moderada ni vigorosa en el tiempo de ocio según la clase social y el sexo



Fuente: Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

ocio. Las trabajadoras de servicios y comercio también se encuentran entre las que efectúan este tipo de actividad en menor proporción. Entre los hombres, los trabajadores no cualificados, operadores de instalaciones y maquinaria y trabajadores cualificados de la industria y la construcción son los más sedentarios en el tiempo de ocio (figura 52).

Figura 52. Población ocupada que no realiza actividad física moderada ni vigorosa en el tiempo de ocio según la ocupación y el sexo

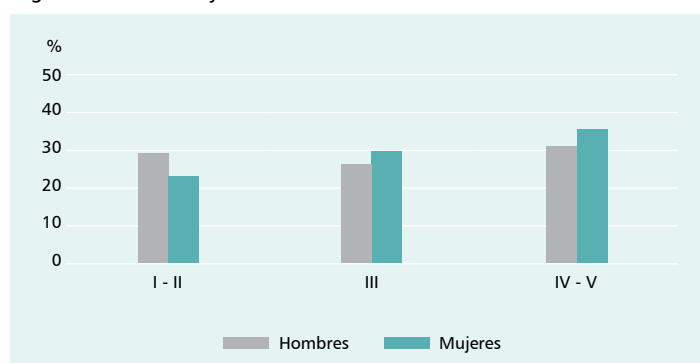


Fuente: Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

4.4. Horas de sueño

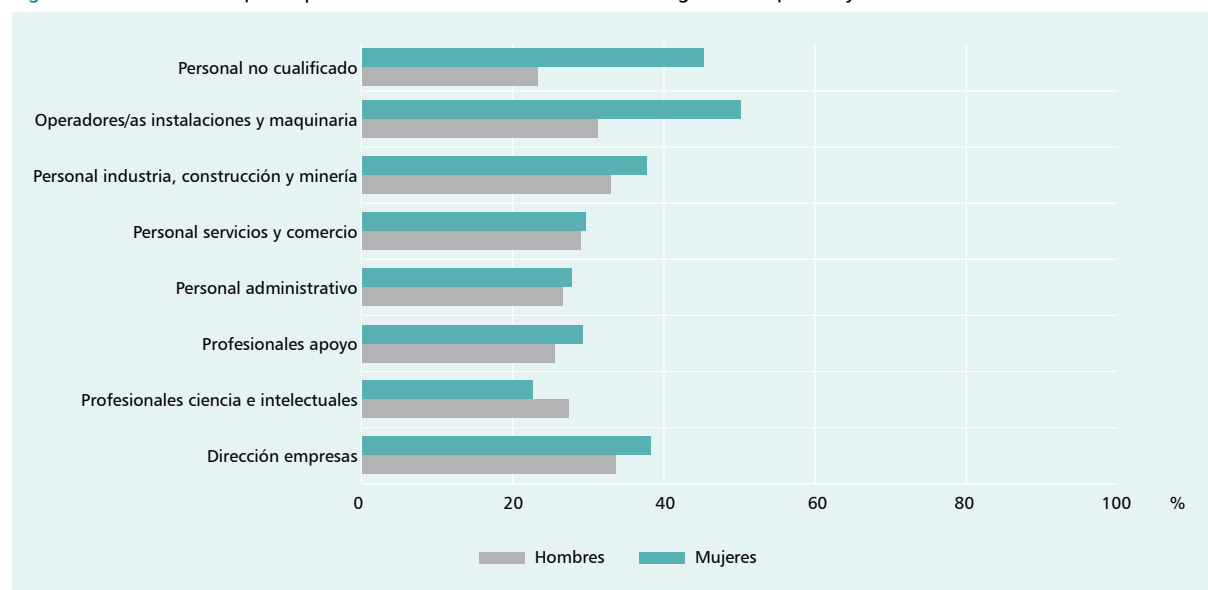
La falta crónica de sueño se asocia con sobrepeso, resistencia a la insulina y diabetes tipo 2, menor tolerancia a la glucosa, concentraciones bajas de tirotrópina, depresión, problemas coronarios e hipertensión.^{48,49,50,51} Además, supera al consumo de alcohol y de drogas como principal causa prevenible de accidentes. Entre la población ocupada de Barcelona, el 29,4% duerme seis horas o menos al día, sin diferencias de género. Mientras que entre los hombres no se observa asociación con la clase social ni la ocupación, entre las mujeres el porcentaje de las que duermen pocas horas es más reducido entre las clases no manuales (figura 53) y las profesionales científicas e intelectuales, mientras que el porcentaje más elevado se da en las ocupaciones no cualificadas, con una proporción del 45,1%, muy superior a la de los hombres de la misma ocupación (figura 54).

Figura 53. Población ocupada que duerme seis horas o menos al día según la clase social y el sexo



Fuente: Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

Figura 54. Población ocupada que duerme seis horas o menos al día según la ocupación y el sexo



Fuente: Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

El trabajo doméstico y familiar

1. Características generales de la población de 16 a 64 años
2. Compaginación de la vida laboral y familiar
3. Amas de casa y mujeres ocupadas

1. Características generales de la población de 16 a 64 años

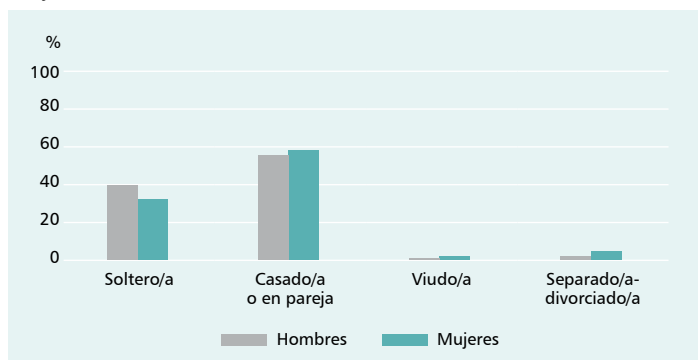
En nuestro entorno, las mujeres siguen siendo las principales responsables de las labores domésticas y familiares. Como se aprecia en la figura 1, un 13% de la población de 16 a 64 años trabaja a tiempo completo como ama de casa, mientras que el porcentaje entre los hombres es insignificante. Y es que está extendida la creencia de que en los primeros años de vida de las criaturas es conveniente que sea la madre la encargada de atenderlas, lo que se asocia a la idea de que las madres con hijos o hijas no deberían trabajar fuera de casa.⁵² En un estudio basado en una muestra de 2.494 adultos, casi la mitad opinaba que las mujeres debían abandonar el mercado laboral cuando tenían criaturas menores de tres años, sin diferencias de género. Además, el 27 % de los hombres y el 19 % de las mujeres pensaban que debían abandonarlo incluso cuando los hijos superaban esta edad.⁵³

La mayoría de las amas de casa (74,5%) había trabajado con anterioridad. La principal razón para abandonar el trabajo remunerado fueron las obligaciones familiares (63%); solo el 10% lo hizo por motivos de salud.

Un poco más de la mitad de las personas de 16 a 64 años están casadas o viven en pareja. Hay que resaltar la proporción más alta de viudas –asociada a la superior esperanza de vida de las mujeres– y separadas o divorciadas en comparación con los hombres (figura 55).

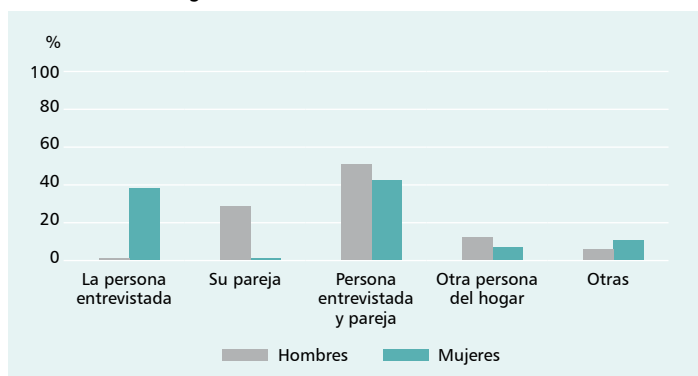
Convivir con hijos o hijas es más frecuente entre las mujeres (49,3% de las mujeres por 39,0% de los hombres), así como con personas mayores de 65 años (14,1% frente a 11,1%), lo que se explica en gran parte porque una proporción significativa de las mujeres son amas de casa. No existen diferencias de género en cuanto a convivir con alguna persona con discapacidad (9,1%) ni a disponer de una persona contratada para las labores domésticas (21,1%).

Figura 55. Población de 16 a 64 años según el estado civil o de convivencia y el sexo



Fuente: Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

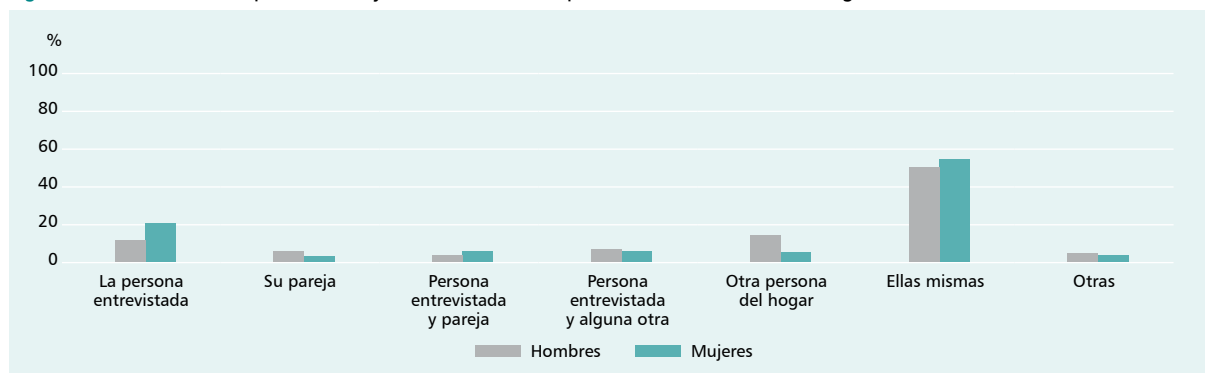
Figura 56. Cuidado de las personas menores de 15 años en población de 16 a 64 años según el sexo



Fuente: Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

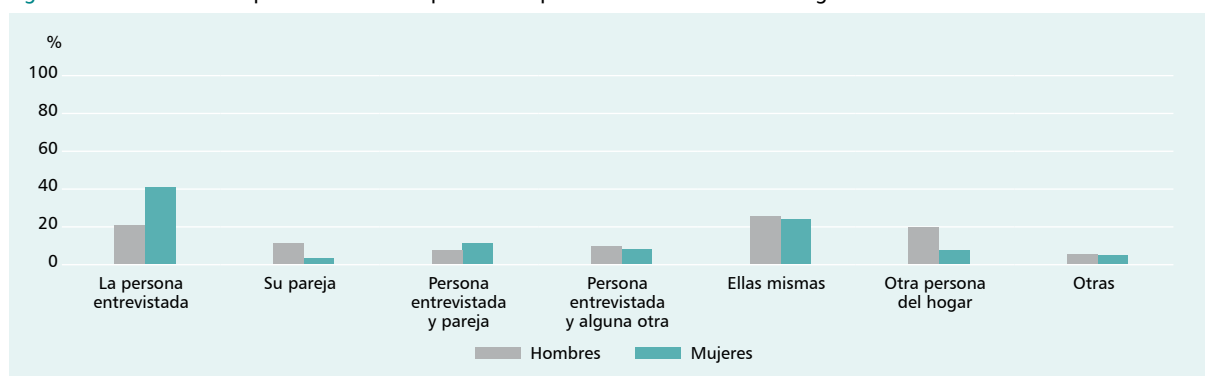
Hay una clara desigualdad de género en la distribución de las labores domésticas y familiares. Cerca de la mitad de los hombres afirman compartir el cuidado de menores de 15 años con su pareja, pero el 38,7% de las mujeres señalan que lo hacen ellas solas frente al 1,1% de los hombres en la misma situación (figura 56). La mitad de las personas mayores de 65 años que conviven con gente de 16 a 64 años necesitan el cuidado de alguien. El 20,7% de las mujeres que viven con mayores de 65 años afirman ser las principales responsables de su cuidado, mientras que la proporción entre los hombres es casi la mitad (11,7%) (figura 57). Las desigualdades de género también se hacen patentes en el cuidado de las personas con discapacidad. El 40,9% de las mujeres que conviven con alguien con discapacidad son las principales responsables de su cuidado, porcentaje que entre los hombres es del 21% (figura 58).

Figura 57. Cuidado de las personas mayores de 65 años en población de 16 a 64 años según el sexo



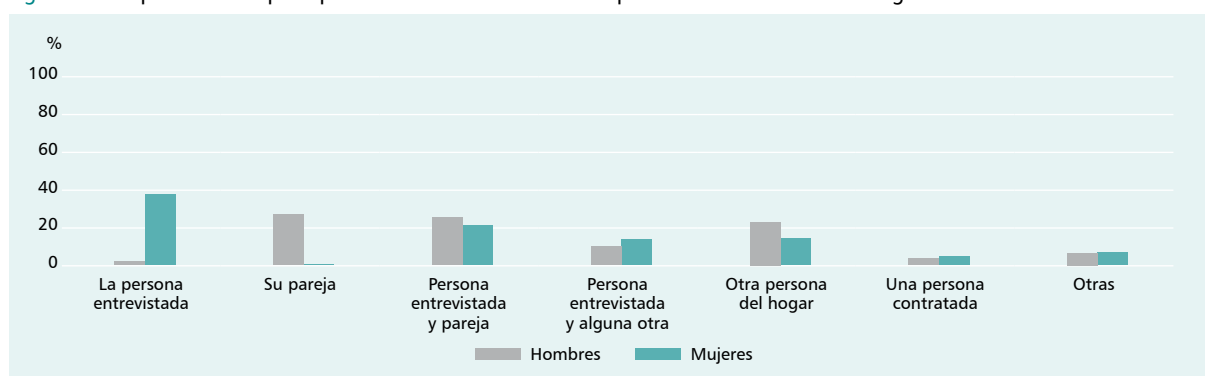
Fuente: Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

Figura 58. Cuidado de las personas con discapacidad en población de 16 a 64 años según el sexo



Fuente: Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

Figura 59. Responsabilidad principal de las tareas domésticas en población de 16 a 64 años según el sexo



Fuente: Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

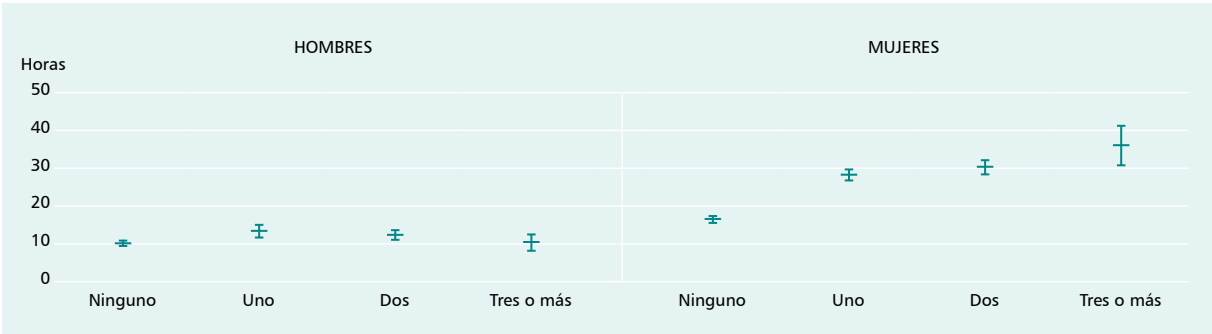
Las desigualdades de género en el ámbito familiar son especialmente acentuadas por lo que respecta a la responsabilidad en las

labores domésticas como limpiar, planchar, cocinar, etc. Solo el 2,4% de los hombres afirman ser los principales responsables de estas labores, proporción que entre las mujeres llega al 37,9% (figura 59).

Las desigualdades de género por lo que respecta a la responsabilidad de las labores domésticas y de cuidado de los miembros de la unidad familiar se traducen en desigualdades marcadas en el tiempo dedicado a este trabajo, 11,2 horas de media semanal entre los hombres y 22,9 entre las mujeres. Estas desigualdades se incrementan entre las personas que conviven con hijos o hijas, pero incluso entre las que no tienen criaturas en casa, el tiempo de trabajo doméstico y familiar es superior entre las mujeres. Mientras en los hombres no se observa ninguna aso-

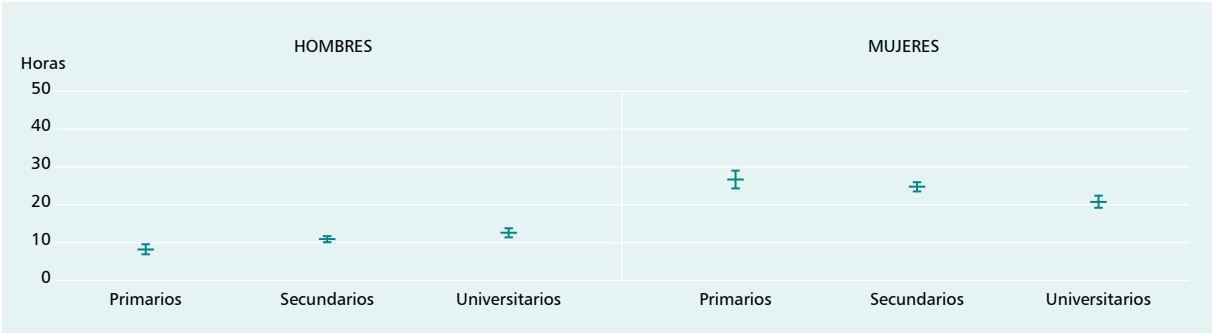
ciación con el número de hijos o hijas, entre las mujeres se da una tendencia creciente en el tiempo dedicado a estas labores a medida que se incrementa su número, de manera que las que viven en unidades familiares con tres criaturas o más dedican al trabajo doméstico una media de aproximadamente 36 horas semanales (figura 60). Es importante señalar el diferente sentido de la asociación de la clase social (medida según el nivel de estudios) con relación al trabajo doméstico entre hombres y mujeres. Como se observa en la figura 61, entre los hombres el tiempo dedicado a las labores del hogar se incrementa con el nivel de estudios, mientras que en las mujeres es superior entre las que tienen un nivel de formación más bajo, que es el grupo donde se evidencian las desigualdades de género más importantes en la dedicación a estas tareas.

Figura 60. Horas semanales de trabajo doméstico en población de 16 a 64 años según el número de hijos o hijas en el hogar y el sexo



Fuente: Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

Figura 61. Horas semanales de trabajo doméstico en población de 16 a 64 años según el nivel de estudios y el sexo



Fuente: Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

2. Compaginación de la vida laboral y familiar

Muchos hombres y muchas mujeres quieren tener un trabajo remunerado satisfactorio y una vida familiar feliz, pero para muchas mujeres esta aspiración es muy difícil, ya que siguen siendo las responsables principales de las labores domésticas. Por lo tanto, a menudo deben elegir entre el trabajo remunerado y la familia, o tienen que dar prioridad a una de estas opciones en algún momento de la vida. Los hombres parecen capaces de tenerlo todo más fácilmente, pero generalmente su participación en las tareas del hogar no es, ni mucho menos, igual que la de sus parejas.

La conciliación se ha producido tradicionalmente por dos vías; la primera ha sido la división sexual del trabajo y la separación de los papeles de los hombres y las mujeres. Los hombres han asumido el trabajo remunerado y las mujeres el no remunerado en el ámbito privado. La segunda vía de conciliación ha sido la acumulación de tareas, que sigue siendo la vía más utilizada por la mayoría de las mujeres ocupadas, que no encuentran ninguna otra solución para resolver la compaginación de la vida laboral y familiar.

Pero ambas vías evidencian las desigualdades de género en la sociedad. Por esto se inician nuevas estrategias de ajuste: reducción de objetivos, delegación del trabajo doméstico en otras personas o grupos sociales, secuenciación (por ejemplo, permisos por maternidad o excedencias), derivación hacia el mercado y las instituciones (guarderías, transporte escolar, residencias para familiares de edad, etc.) y el reparto de labores. Pero hasta ahora el reparto del trabajo doméstico entre ambos sexos ha variado muy poco.

A continuación se analizan las desigualdades de género en la compaginación de la vida laboral y familiar. El análisis se centra en las personas de 16 a 64 años ocupadas y casadas o que viven en pareja, el tipo más frecuente de organización familiar ligado a la compaginación.

2.1. La dedicación al trabajo doméstico y familiar

En Barcelona hay una clara división sexual del trabajo que se manifiesta, entre otras características, en diferencias de género en el tiempo dedicado al trabajo remunerado y al doméstico y familiar, tal como se aprecia en la tabla 1.

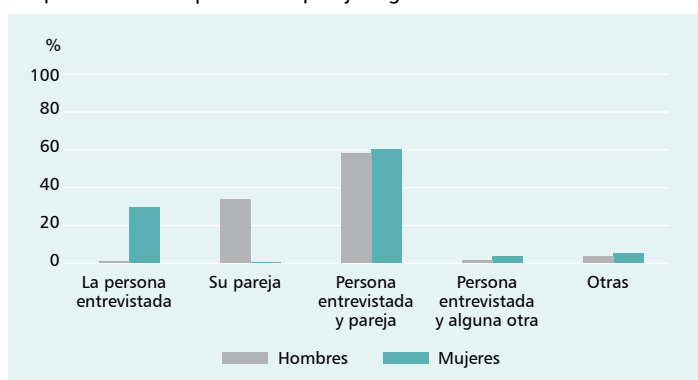
En el colectivo analizado, convivir con hijos o hijas o con personas mayores de 65 años es más frecuente entre las mujeres, mientras que no se observan diferencias en la frecuencia de convivencia con una persona con discapacidad (6,3%). La proporción de hombres que convive con criaturas es del 67,6% y la de mujeres del 72,0%. Los porcentajes correspondientes para la convivencia con mayores de 65 años son del 4,0% y el 7,4%, respectivamente. Existen claras desigualdades de género en la responsabilidad principal del cuidado de las personas menores de 15 años (figura 62), de las mayores de 65 (figura 63), de las personas con discapacidad (figura 64) y en las labores domésticas como limpiar, cocinar, planchar, etc., donde se observan las mayores diferencias entre hombres y mujeres (figura 65).

Tabla 1. Horas semanales de trabajo en población ocupada casada o que vive en pareja según el tipo de trabajo y el sexo

	Hombres	Mujeres
	Media (DE)	Media (DE)
Trabajo remunerado	44,0 (10,5)	36,4 (10,5)
Trabajo doméstico y familiar	9,5 (9,1)	18,3 (10,6)
Trabajo total ⁿ	53,4 (12,4)	54,6 (13,7)

Fuente: Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

Figura 62. Cuidado de las personas menores de 15 años en población ocupada casada o que vive en pareja según el sexo



Fuente: Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

ⁿ Solo incluye trabajo remunerado y doméstico. Se excluyen otros trabajos como el de voluntariado por falta de información..

En la compaginación de la vida laboral y familiar, las mujeres dedican más tiempo al trabajo doméstico y este se incrementa de forma lineal con el número de hijos o hijas en el hogar (figura 66) y entre las clases sociales más desfavorecidas (figura 67), mientras que en los hombres no se observa ninguna asociación con estas variables.

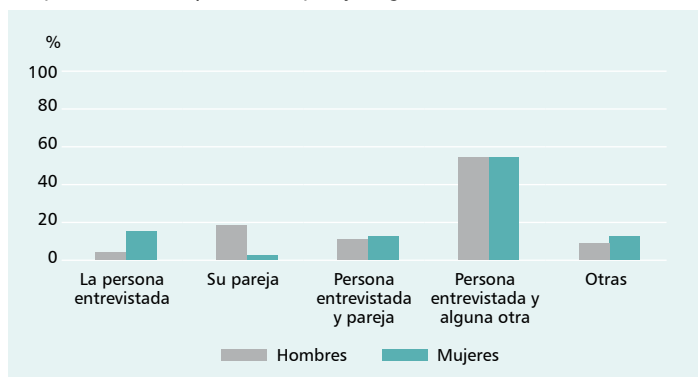
Las diferencias de género en el tiempo de trabajo doméstico no se reducen significativamente entre las generaciones más jóvenes. En las personas de 16 a 24 años ocupadas y que viven en pareja, un grupo poco numeroso, no hay diferencias de dedicación entre hombres y mujeres, probablemente porque la mayoría no tienen criaturas. Pero la distancia entre ambos sexos cambia muy poco entre los grupos de 25 a 44 años y de 45 a 64 (figura 68).

Aunque existe una división sexual de roles en el ámbito familiar, con las mujeres como principales encargadas de las labores domésticas y de cuidado de los miembros de la unidad familiar y los hombres como sustentadores económicos principales del hogar, en Barcelona, el incremento en el número de criaturas no se asocia con un aumento de horas del trabajo remunerado entre los hombres, mientras que en las mujeres se observa una pequeña reducción (figura 69).

Las diferencias de género en el tiempo de trabajo total son insignificantes entre las parejas que no conviven con hijos o hijas y entre las de clases más acomodadas, pero se incrementan a medida que lo hace el número de criaturas y entre las clases más desfavorecidas (figuras 70 y 71). Si entre los hombres con tres criaturas o más la media de tiempo de trabajo total es de 53,2 horas, entre las mujeres en la misma situación es de 61,4. El tiempo de trabajo total entre los hombres de clases IV-V es de 53,8 horas y el de las mujeres de 54,5.

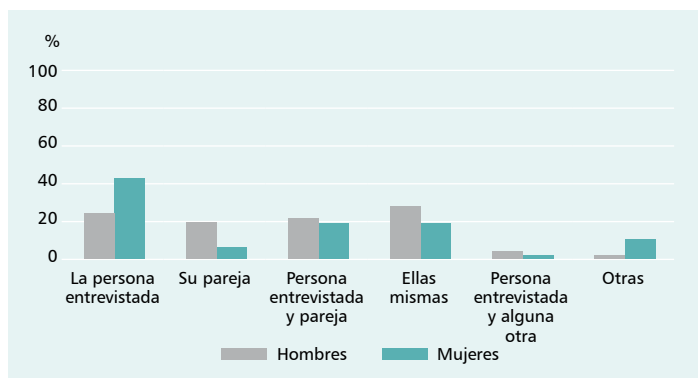
En nuestro entorno, cuando las mujeres deben hacerse cargo de las responsabilidades familiares, no solo tienen una contribución escasa de sus pareja a las labores domésticas, sino que, además, viven en un contexto en el que los recursos públicos para el cuidado de las personas dependientes son muy escasos.⁵² El problema de la conciliación de la vida laboral y familiar surge al intentar

Figura 63. Cuidado de las personas mayores de 65 años en población ocupada casada o que vive en pareja según el sexo



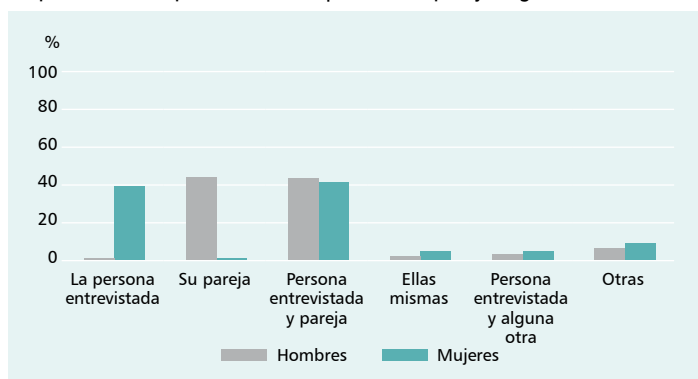
Fuente: Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

Figura 64. Cuidado de las personas con discapacidad en población ocupada casada o que vive en pareja según el sexo



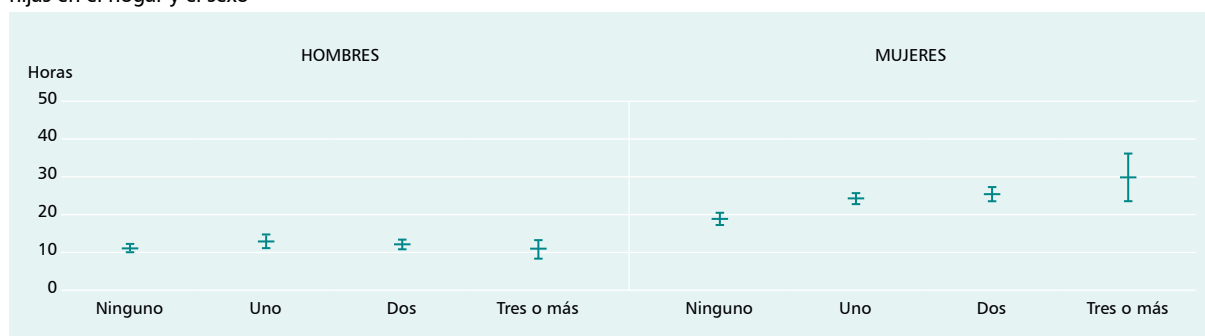
Fuente: Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

Figura 65. Responsabilidad principal de las tareas domésticas en población ocupada casada o que vive en pareja según el sexo



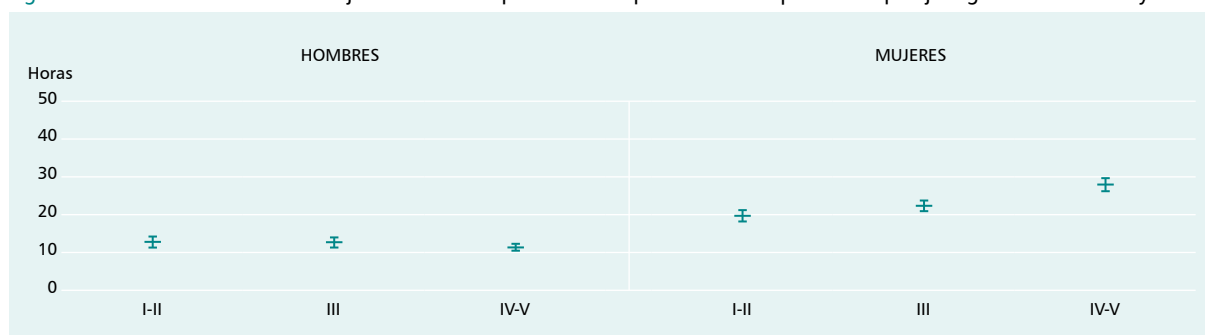
Fuente: Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

Figura 66. Horas semanales de trabajo doméstico en población ocupada casada o que vive en pareja según el número de hijos o hijas en el hogar y el sexo



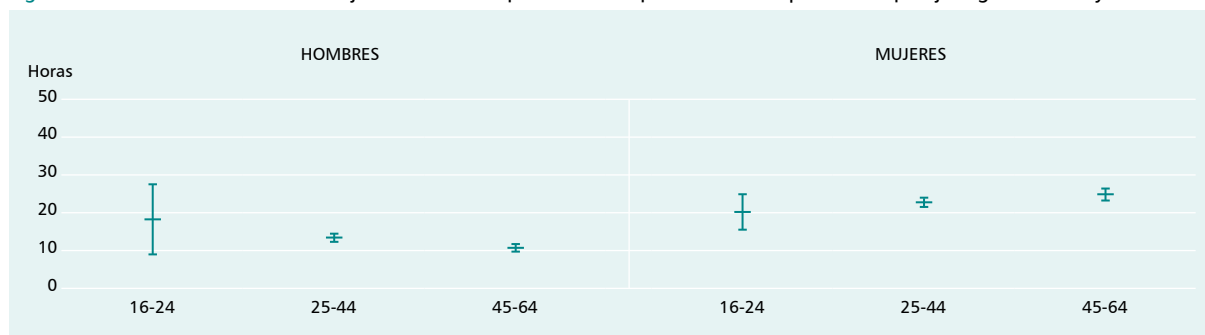
Fuente: Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

Figura 67. Horas semanales de trabajo doméstico en población ocupada casada o que vive en pareja según la clase social y el sexo



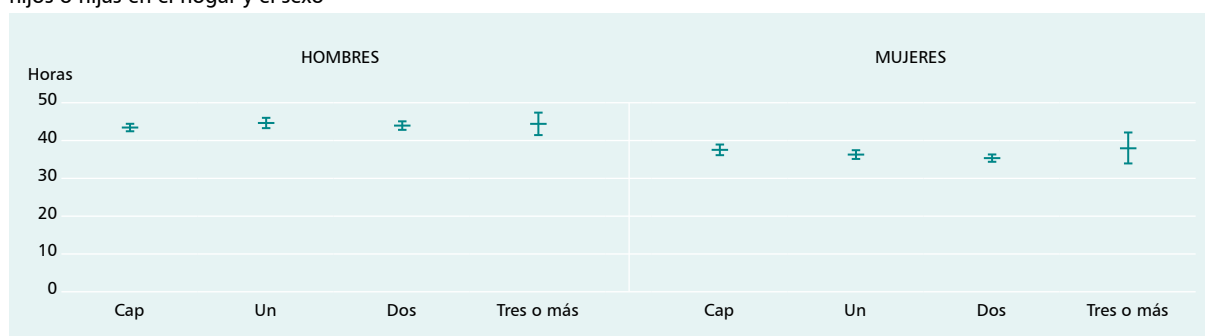
Fuente: Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

Figura 68. Horas semanales de trabajo doméstico en población ocupada casada o que vive en pareja según la edad y el sexo



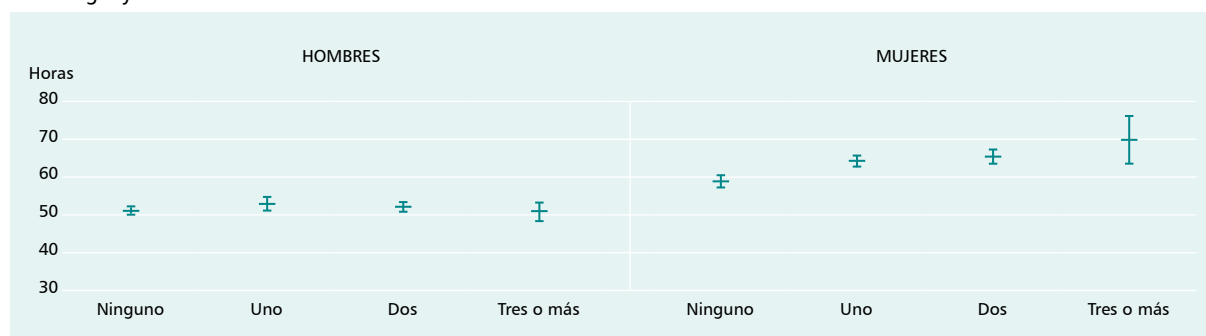
Fuente: Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

Figura 69. Horas semanales de trabajo remunerado en población ocupada casada o que vive en pareja según el número de hijos o hijas en el hogar y el sexo



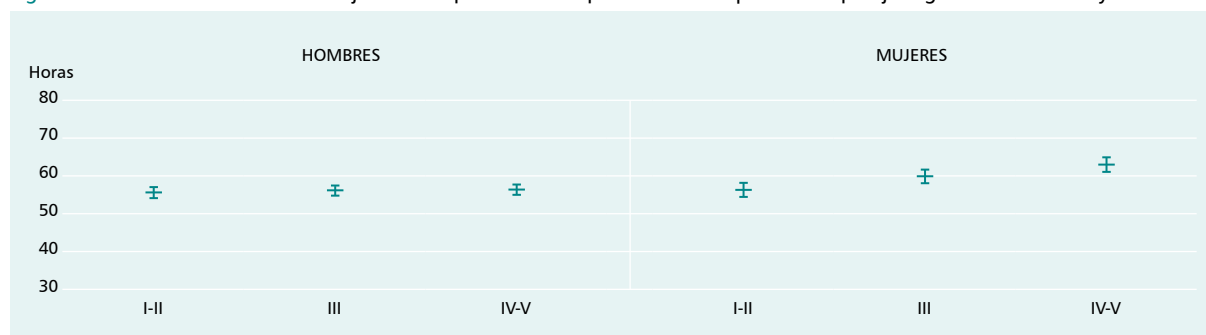
Fuente: Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

Figura 70. Horas semanales de trabajo total en población ocupada casada o que vive en pareja según el número de hijos o hijas en el hogar y el sexo



Fuente: Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

Figura 71. Horas semanales de trabajo total en población ocupada casada o que vive en pareja según la clase social y el sexo



Fuente: Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

compaginar ambas esferas tradicionalmente separadas en el modelo clásico, la familia y el trabajo remunerado, sin que se haya completado la transición hacia un modelo nuevo sustentado en un reparto equilibrado de los papeles de los hombres y de las mujeres en el ámbito familiar y unos recursos comunitarios suficientes para el cuidado de las personas dependientes.

Según el tercer informe Randstad, *Calidad del trabajo en la Europa de los quince: las políticas de conciliación*,⁵⁴ en España los convenios colectivos parten del concepto de familia tradicional; no regulan la jornada de trabajo; penalizan salarialmente la dedicación familiar; la organización del trabajo no tiene en cuenta la conciliación; prácticamente no se tienen en cuenta permisos no previstos en los textos legales, pero importantes para la conciliación; en materia de excedencias, de reducción de jornada, de permisos para la lactancia o por nacimiento de hijos prematuros no mejoran la nor-

mativa existente; las ayudas para hijos o hijas con discapacidades se conceden en muy pocos casos y las preferencias para la asignación de vacaciones no tienen en cuenta criterios de conciliación. Las medidas diseñadas para fomentar el bienestar de las mujeres, que pretenden corregir los efectos de una realidad social en la que estas soportan la mayoría de las cargas familiares, pueden alimentar la discriminación en el mercado de trabajo porque incentivan la contratación de personas con menos probabilidades de coger bajas y permisos, consiguiéndose efectos contrarios a los perseguidos.

2.2. El estado de salud

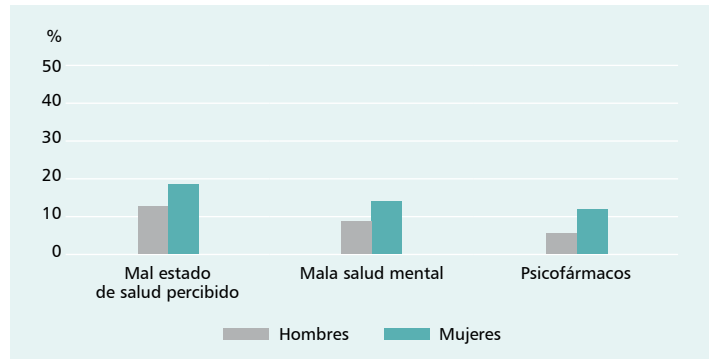
Las desigualdades de género en el trabajo doméstico tienen consecuencias sobre la salud de las mujeres. Estudios realizados en diferentes comunidades como Cataluña,^{55,56} el País Vasco,⁵⁷ Navarra⁵⁸ y Valencia⁵⁹ evidencian el impacto negativo de la doble jornada en diferentes indicadores de salud en las mujeres, pero no ponen de manifiesto ninguna asociación entre los hombres. Además, en Cataluña y el País Vasco se ha documentado que este efecto se limita a las trabajadoras de las clases más desfavorecidas. Este hallazgo sugiere que las mujeres de clases acomodadas, cuando intentan compaginar la vida laboral y la familiar, pueden pagar los recursos necesarios para ello, mientras que las menos acomodadas parece que financian la

conciliación con su propia salud. Cuestiona, además, las políticas de conciliación o de familias numerosas basadas en beneficios económicos fijos que no tienen en cuenta la situación económica de la unidad familiar.

En Cataluña, se ha documentado que entre las trabajadoras que viven en pareja, la convivencia con personas mayores de 65 años tiene un efecto protector sobre su salud, especialmente entre las mujeres de clases más desfavorecidas, lo que podría explicarse porque realizan parte del trabajo del hogar que de otra forma la mayoría de ellas deberían afrontar solas.⁵⁵ También en nuestro entorno se ha observado el efecto positivo para la salud de las mujeres, pero no para la de los hombres, de disponer de una persona contratada para las labores domésticas.⁵⁶ Estos hallazgos ilustran el efecto positivo de la reducción de la cantidad de trabajo doméstico y familiar para la salud de las mujeres.

A continuación se analizan las diferencias de género en tres indicadores de salud: el estado de salud percibido, la salud mental y el consumo de psicofármacos. Como se aprecia en la figura 72, la situación es peor para las mujeres en los tres indicadores de salud.

Figura 72. Población ocupada casada o que vive en pareja con mal estado de salud percibido, mala salud mental y consumo de psicofármacos según el sexo

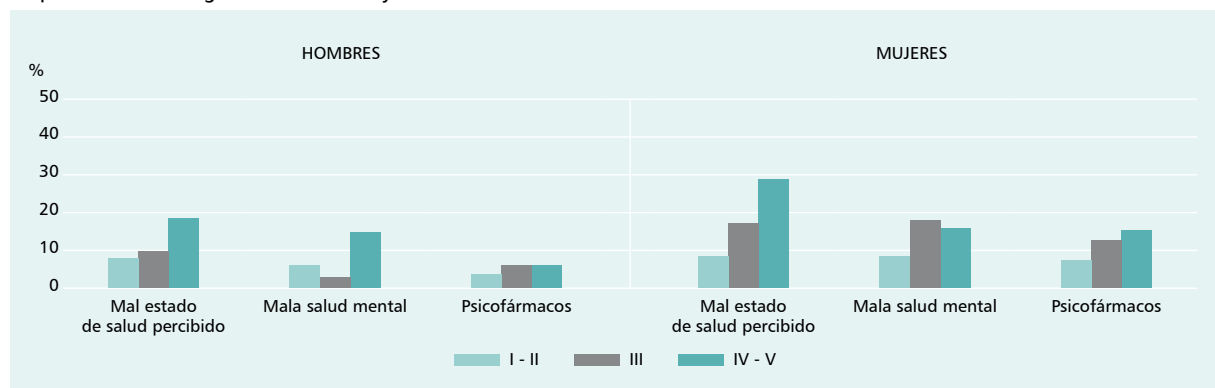


Fuente: Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

En ambos sexos, la frecuencia de mal estado de salud percibido y de mal estado de salud mental se incrementa entre las clases sociales más desfavorecidas. Además, entre las mujeres también lo hace el consumo de psicofármacos (figura 73).

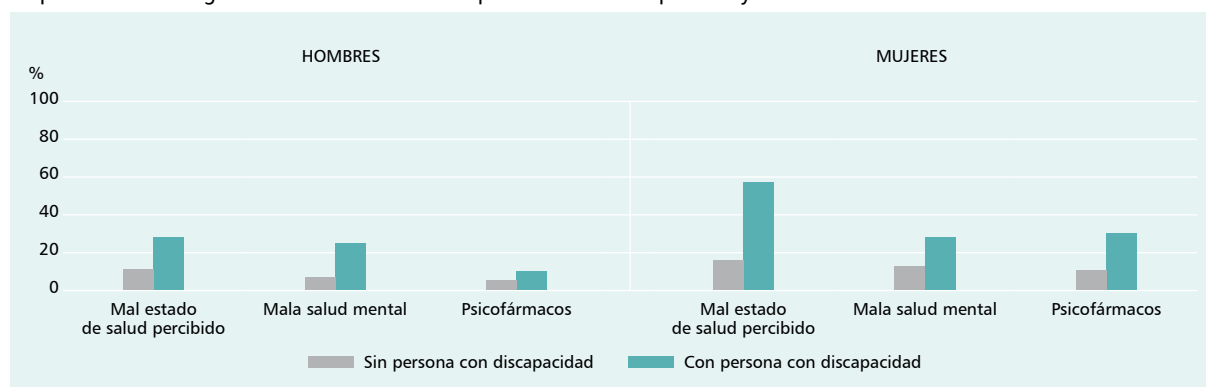
Por lo que respecta a la relación entre las características de la unidad familiar (tamaño del hogar, convivencia con menores o con personas con discapacidad), la convivencia con personas con discapacidad es la variable asociada de forma más consistente con los indicadores de salud analizados. En ambos sexos, la frecuencia de mal estado de

Figura 73. Población ocupada casada o que vive en pareja con mal estado de salud percibido, mala salud mental y consumo de psicofármacos según la clase social y el sexo



Fuente: Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

Figura 74. Población ocupada casada o que vive en pareja con mal estado de salud percibido, mala salud mental y consumo de psicofármacos según la convivencia o no con personas con discapacidad y el sexo



Fuente: Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

salud percibido y de mal estado de salud mental son superiores entre los que viven con una persona con discapacidad. Además, entre las mujeres el porcentaje de consumo de psicofármacos también es superior (figura 74).

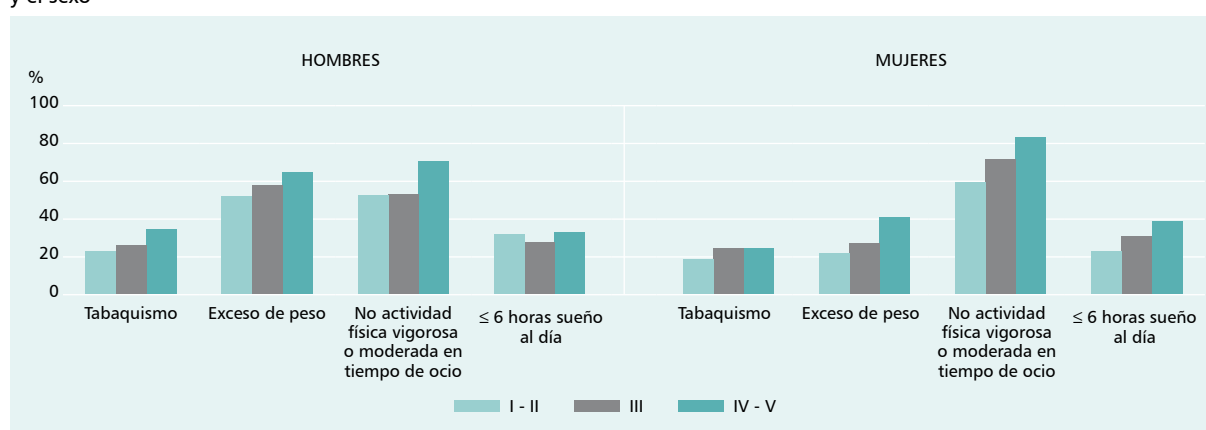
2.3. Los comportamientos relacionados con la salud

En la población analizada no hay diferencias de género en la proporción de personas que duermen seis horas o menos al día (31,1%). En cambio, la proporción de personas que

no realizan actividad física moderada o vigorosa en el tiempo de ocio es superior entre las mujeres (71,8% de las mujeres y 60,1% de los hombres), mientras que la frecuencia del tabaquismo (56,5% frente a 30,0%, respectivamente) y del exceso de peso (28,6% frente a 22,7%, respectivamente) lo son entre los hombres.

Solo entre las mujeres, el exceso de peso es la única situación asociada con una característica de la unidad familiar, la convivencia con personas con discapacidad (53,6% de las mujeres que viven con personas con discapacidad frente a 28,4% de las que no lo hacen). En ambos sexos el tabaquismo, el sedentarismo y el exceso de peso son más frecuentes entre las personas de clases desfavorecidas. Además, mientras que en los hombres las horas de sueño no se asocian con la clase social, entre las mujeres dormir seis horas o menos al día es más frecuente entre las trabajadoras manuales (figura 75).

Figura 75. Comportamientos relacionados con la salud en población ocupada casada o que vive en pareja según la clase social y el sexo



Fuente: Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

3. Amas de casa y mujeres ocupadas

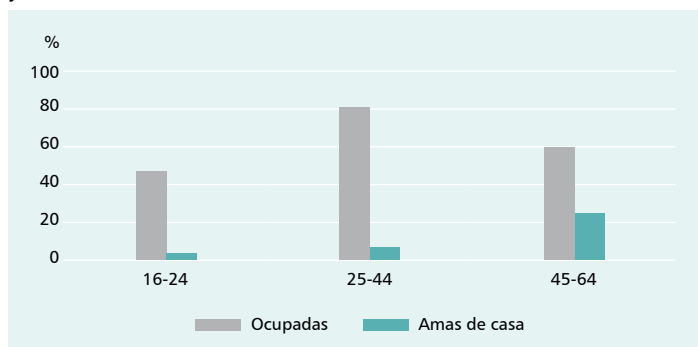
En esta sección se analizan las diferencias en el trabajo y en el estado de salud entre amas de casa y mujeres ocupadas de 16 a 64 años casadas o que viven en pareja. El nivel socioeconómico se mide mediante el nivel de estudios en lugar de hacerlo con la clase social ocupacional para evitar que, en el caso de las amas de casa que no han estado nunca en el mercado laboral, el nivel socioeconómico no sea el propio sino la clase social de su pareja.

Ser ama de casa es más frecuente entre las mujeres de mayor edad (figura 76) y las de menor nivel de estudios (figura 77).

Por lo que respecta a las características de la unidad familiar, el 23% convive con hijos o hijas en casa, sin diferencias según la situación laboral. En cambio, convivir con personas mayores de 65 años es más frecuente entre las amas de casa (26,5% y 7,4%) y también lo es la convivencia con personas con discapacidad (14,3% y 6,7%). Las mujeres ocupadas tienen con mayor frecuencia una persona contratada para las labores del hogar (28,5% y 10,2%).

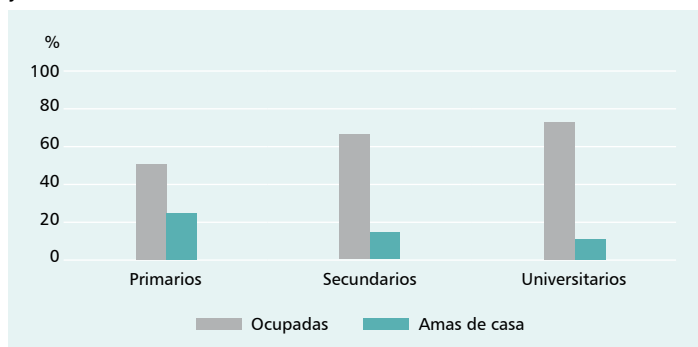
El papel de las mujeres ocupadas y de las amas de casa en el hogar es diferente, tal como se aprecia en las figuras siguientes. Las amas de casa se encargan con mucha más frecuencia que las mujeres ocupadas de la responsabilidad principal de las labores domésticas (figura 81) y del cuidado de las personas menores de 15 años (figura 78). Las diferencias son menores por lo que respecta al cuidado de las personas mayores de 65 años (figura 79) y casi inexistentes en el cuidado de las personas con discapacidad (figura 80). En este último caso, el 48,5% de las amas de casa y el 42,6% de las ocupadas afirman encargarse fundamentalmente de esta tarea. La proporción de las que dicen que la principal responsable es su pareja es muy baja: el 6,4% de las ocupadas y el 3% de las amas de casa.

Figura 76. Amas de casa y mujeres ocupadas según la situación laboral y la edad



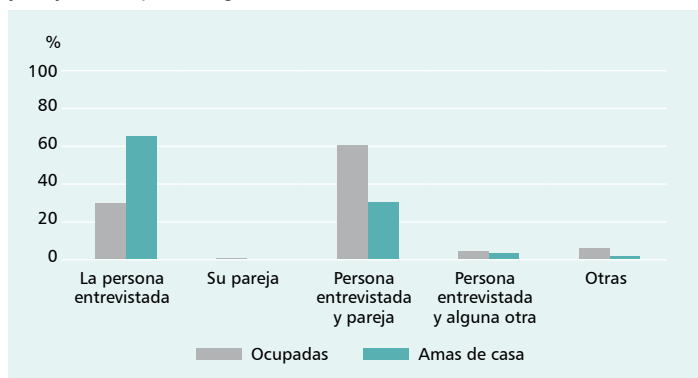
Fuente: Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

Figura 77. Amas de casa y mujeres ocupadas según la situación laboral y el nivel de estudios



Fuente: Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

Figura 78. Cuidado de las personas menores de 15 años en amas de casa y mujeres ocupadas según la situación laboral



Fuente: Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

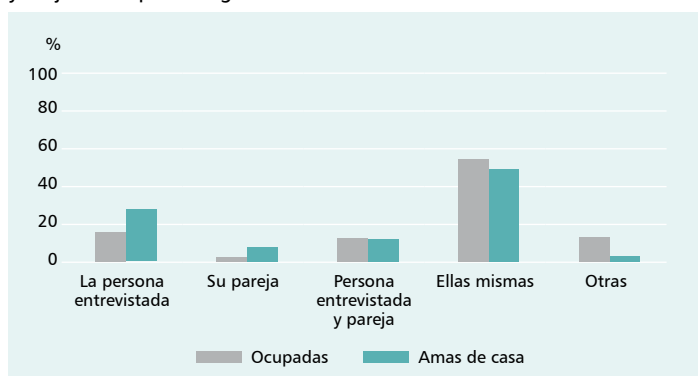
Obviamente, el tiempo de trabajo doméstico es significativamente superior entre las amas de casa, con una media de 31,8 horas semanales por 18,3 entre las mujeres ocupadas. Ahora bien, el tiempo de trabajo total es mucho más alto entre las mujeres ocupadas: 54,6 horas por 31,8. En ambos grupos, el número de horas, tanto de trabajo doméstico como de trabajo total semanal, se incrementa con el número de hijos o hijas en casa (figuras 82 y 84). Por ejemplo, las mujeres ocupadas que tienen tres o más hijos dedican 68,1 horas semanales al total de trabajo. Entre las mujeres ocupadas también se incrementan el trabajo doméstico y el total al disminuir el nivel de estudios (figuras 83 y 85) y son las mujeres con estudios primarios las que tienen mayor dedicación (por ejemplo, dedican al conjunto de ambos trabajos 63 horas semanales).

3.1. El estado de salud

Numerosos estudios han documentado un mejor estado de salud entre las mujeres ocupadas que entre las amas de casa.^{60,61,62,63} Algunos de los beneficios que se asocian al trabajo remunerado son las oportunidades para desarrollar la autoestima y la confianza en la propia capacidad de decidir, el apoyo social para personas que de otra manera estarían aisladas y la vivencia de experiencias que proporcionan satisfacción.⁶⁴ Además, el salario aporta a las mujeres independencia económica e incrementa su poder en la unidad familiar. Pero el exceso de trabajo y las dificultades para compaginar la vida laboral y familiar pueden tener un efecto negativo en la salud de las mujeres ocupadas, sobre todo las de nivel socioeconómico más desfavorecido.⁵⁵ Algunos estudios han revelado que el aumento de la dedicación a las labores domésticas está asociado a un peor estado de salud entre las mujeres, mientras que el tiempo dedicado al cuidado de criaturas no lo está.^{9,65} Por otra parte, se ha documentado que disponer de una persona contratada para las labores domésticas es positivo para las mujeres que deben compaginar responsabilidades familiares y laborales.⁶⁶

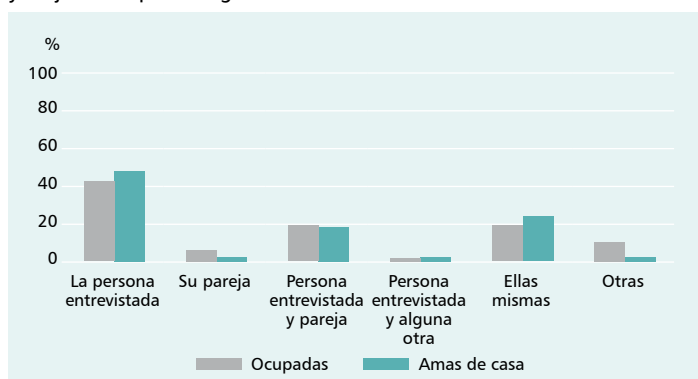
A continuación se analizan tres indicadores de salud: el estado de salud percibido, la salud mental y el consumo de psicofármacos según la situación laboral en el colecti-

Figura 79. Cuidado de las personas mayores de 65 años en amas de casa y mujeres ocupadas según la situación laboral



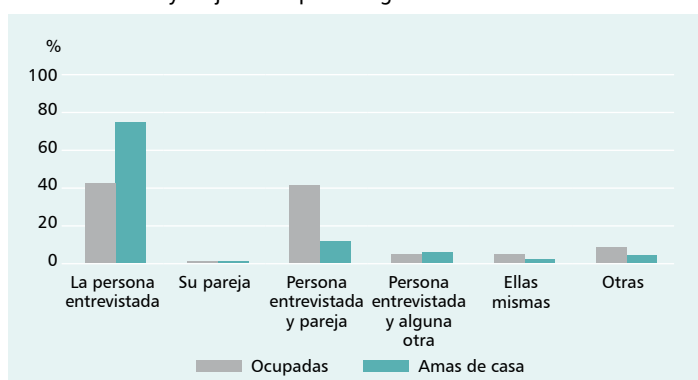
Fuente: Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

Figura 80. Cuidado de las personas con discapacidad en amas de casa y mujeres ocupadas según la situación laboral



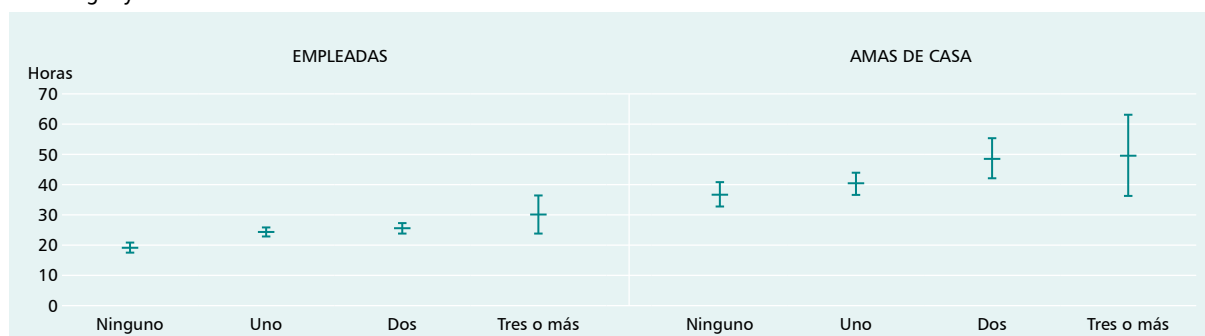
Fuente: Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

Figura 81. Responsabilidad principal de las tareas domésticas en amas de casa y mujeres ocupadas según la situación laboral



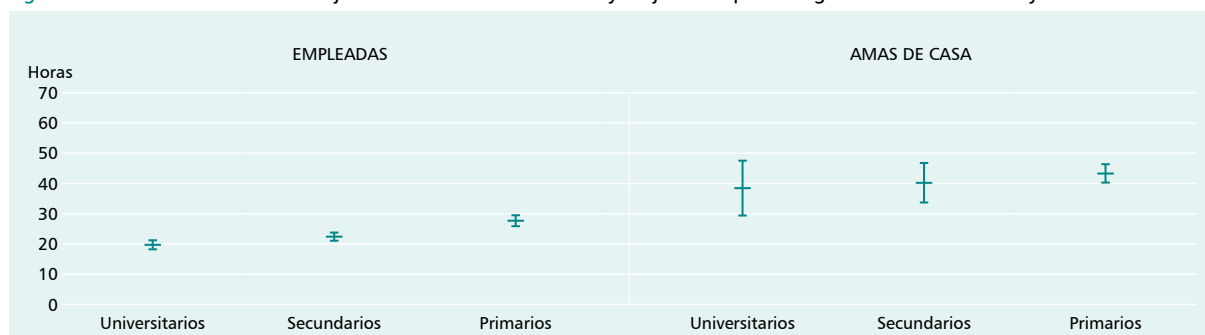
Fuente: Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

Figura 82. Horas semanales de trabajo doméstico en amas de casa y mujeres ocupadas según el número de hijos o hijas en el hogar y la situación laboral



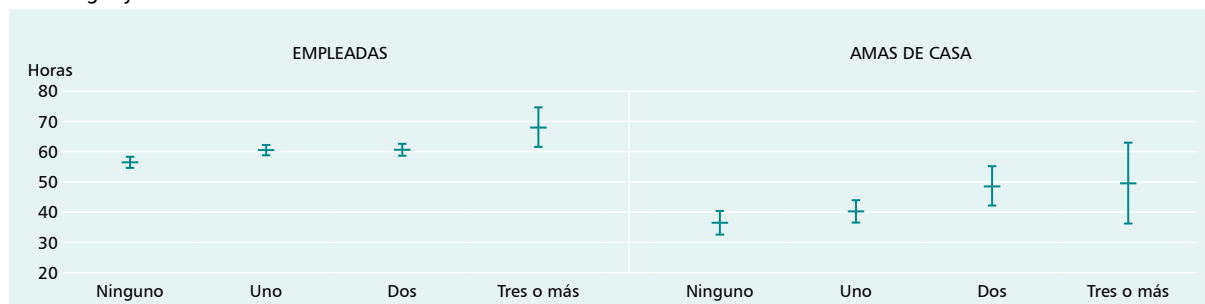
Fuente: Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

Figura 83. Horas semanales de trabajo doméstico en amas de casa y mujeres ocupadas según el nivel de estudios y la situación laboral



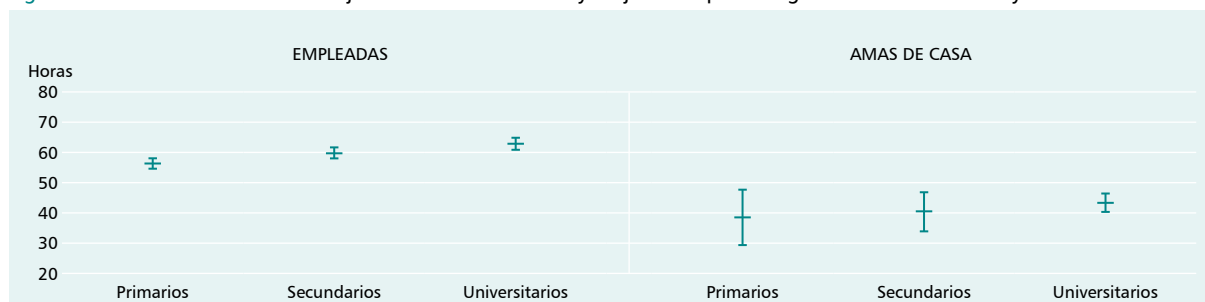
Fuente: Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

Figura 84. Horas semanales de trabajo total en amas de casa y mujeres ocupadas según el número de hijos o hijas en el hogar y la situación laboral



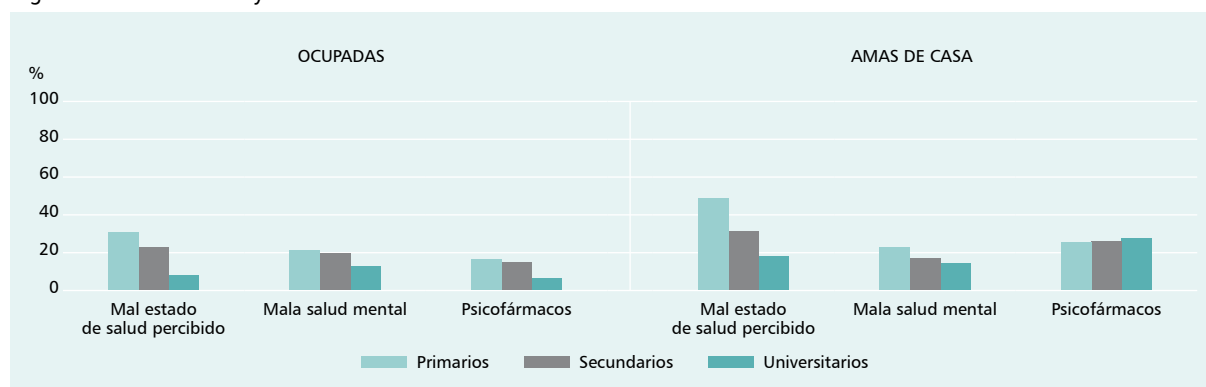
Fuente: Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

Figura 85. Horas semanales de trabajo total en amas de casa y mujeres ocupadas según el nivel de estudios y la situación laboral



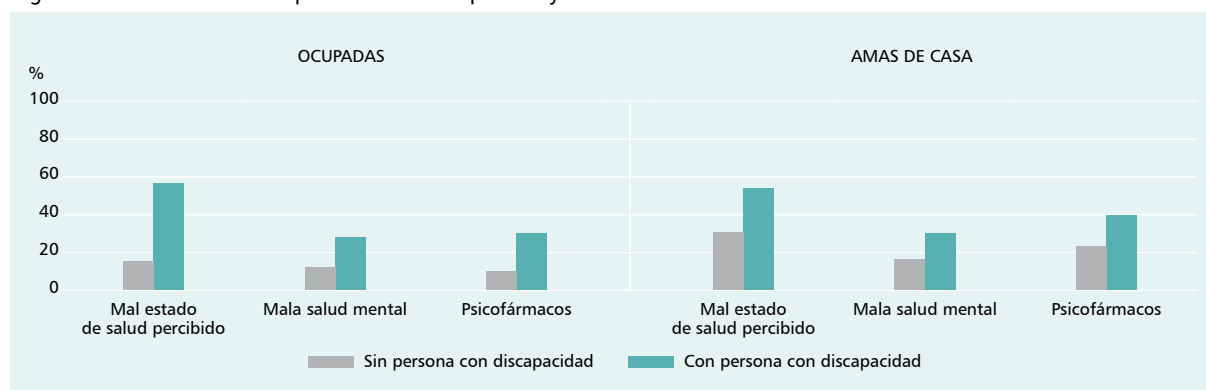
Fuente: Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

Figura 86. Amas de casa y mujeres ocupadas con mal estado de salud percibido, mala salud mental y consumo de psicofármacos según el nivel de estudios y la situación laboral



Fuente: Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

Figura 87. Amas de casa y mujeres ocupadas con mal estado de salud percibido, mala salud mental y consumo de psicofármacos según la convivencia o no con personas con discapacidad y la situación laboral



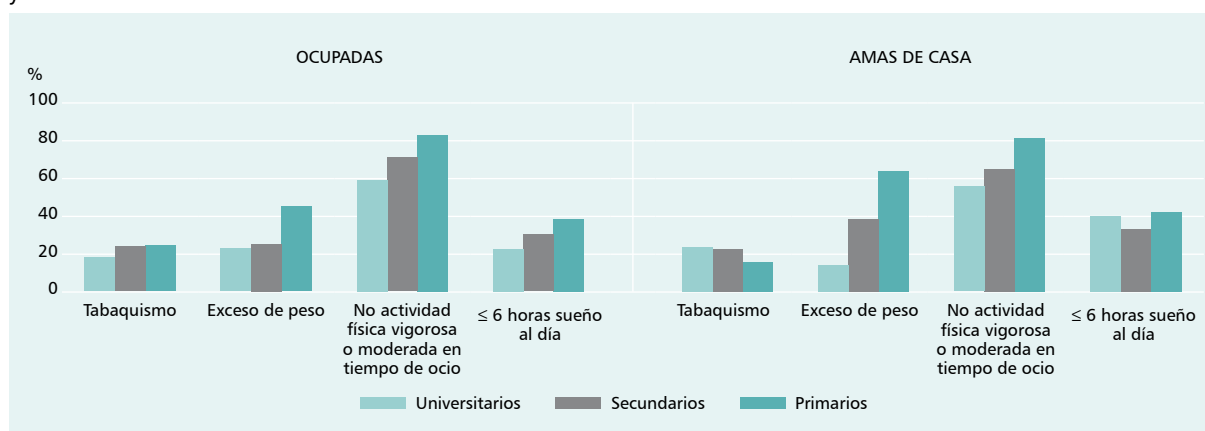
Fuente: Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

vo de mujeres de 16 a 64 años ocupadas o amas de casa que están casadas o viven en pareja.

Teniendo en cuenta las diferencias de edad y nivel de estudios entre amas de casa y ocupadas, no hay diferencias ni en el estado de salud percibido ni en el estado de salud

mental, pero la frecuencia de consumo de psicofármacos es superior entre las amas de casa. Mientras que en las mujeres ocupadas los tres indicadores de salud se asocian con el nivel de estudios, en las amas de casa solo se observa asociación con el estado de salud percibido (figura 86). Por otra parte, en ambos colectivos, convivir con una persona con discapacidad se asocia con un peor estado de salud percibido, peor estado de salud mental y con un mayor consumo de psicofármacos (figura 87).

Figura 88. Comportamientos relacionados con la salud en amas de casa y mujeres ocupadas según el nivel de estudios y la situación laboral



Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006.

3.2. Los comportamientos relacionados con la salud

No existen diferencias en la frecuencia de tabaquismo (21,7%), sedentarismo (72,5%) ni en la de dormir seis horas o menos al día (32,9%) entre mujeres ocupadas y amas de casa. La frecuencia de exceso de peso, sin embargo, es superior entre las amas de casa (53,1% y 30,7%, respectivamente).

Tanto entre las mujeres ocupadas como en las amas de casa, el porcentaje de exceso

de peso, de sedentarismo durante el tiempo de ocio y de dormir seis horas o menos al día se incrementa entre las que tienen un nivel de estudios más bajo. Hay un patrón de nivel socioeconómico diferente con relación al tabaco. Mientras que en las mujeres ocupadas la frecuencia es superior entre las que tienen un nivel de estudios más bajo, en las amas de casa sucede lo contrario.

Si entre las mujeres ocupadas el exceso de peso es el única variable asociada con la convivencia con personas con discapacidad (el 53,6% de las que conviven con personas con discapacidad tienen exceso de peso frente al 28,4% de las que no conviven), entre las amas de casa lo es dormir seis horas o menos al día (55,6% frente a 37,1%).

Conclusiones

1. Población de 16 a 64 años, una población activa.

En Barcelona la mayoría de la población de 16 a 64 años es población activa, con un porcentaje superior entre los hombres y unas tasas de paro similares en ambos sexos. Por lo tanto, el trabajo es un elemento fundamental que hay que considerar en las políticas de salud dirigidas a la población de este grupo de edad.

2. Mercado laboral dominado por el sector de los servicios. Más de tres cuartas partes de la población ocupada de la ciudad trabajan en el sector de los servicios, una proporción muy superior a la del resto de Cataluña, sobre todo entre los hombres.

3. Segregación de género en el mercado laboral. Hay una segregación de género horizontal (las ocupaciones de los hombres y de las mujeres son diferentes y el abanico de ocupaciones de las mujeres es inferior) y vertical (las mujeres siguen expuestas al "techo de cristal") que se traduce en condiciones de trabajo diferentes y desiguales.

4. Peores condiciones de trabajo en la población trabajadora manual. En general, el paro y la inestabilidad laboral son superiores y las condiciones de trabajo peores entre los trabajadores y trabajadoras manuales. Hay que destacar la elevada inestabilidad laboral de las personas nacidas en países en desarrollo.

5. Algunos riesgos laborales son muy frecuentes, especialmente en las clases sociales menos acomodadas y las ocupaciones manuales. Los movimientos repetitivos y algunos riesgos psicosociales como la monotonía en el trabajo y la falta de autonomía son muy frecuentes en la población ocupada, sobre todo en las clases menos acomodadas y en general en personal cualificado de la industria y la construcción, personal no cualificado y operador de instalaciones y maquinaria; en algunos casos también está más expuesto el personal de los servicios y el comercio.

6. Mayor insatisfacción con las condiciones de trabajo en las clases más desfavorecidas. El 16,2% de la población ocupada está insatisfecha con sus condiciones de trabajo, sobre todo las personas de las clases IV-V (20,5% de los hombres y 23,9% de las mujeres).

7. Patrón de salud laboral relacionada con el trabajo remunerado diferente del patrón del resto de Cataluña. La terciarización del mercado laboral determina un patrón de salud relacionada con el trabajo remunerado diferente del de otros territorios del país, con una incidencia más reducida de LAT en jornada laboral y un papel muy relevante de los problemas músculo esqueléticos y psicosociales.

8. Peor estado de salud entre las mujeres y las clases más desfavorecidas. En general, los indicadores de

salud son más desfavorables para las mujeres (excepto las LAT) y las personas de clases más desfavorecidas. La frecuencia de mal estado de salud en algunas ocupaciones manuales es muy relevante, como por ejemplo las mujeres en ocupaciones no cualificadas con respecto a los indicadores de salud más globales: estado de salud percibido, salud mental y trastornos crónicos. Entre el personal de servicios y comercio, las diferencias de género en la mayoría de trastornos de salud son considerables.

9. Conductas relacionadas con la salud con diferente patrón de género y menos saludables en las clases menos acomodadas. El tabaquismo y el exceso de peso son más frecuentes entre los hombres, no hay diferencias de género en el número de horas de sueño y la prevalencia de sedentarismo es superior en las mujeres. En ambos sexos, el exceso de peso y el sedentarismo son más habituales en las clases sociales más desfavorecidas. El hábito tabáquico entre los hombres y la falta de horas de sueño entre las mujeres también son conductas más frecuentes en las clases sociales menos acomodadas. Las mujeres en ocupaciones no cualificadas son un grupo con elevada frecuencia de conductas poco saludables.

10. Persiste la división sexual del trabajo remunerado y no remunerado; además, las mujeres dedican más tiempo a las labores domésticas y familiares al aumentar el número de criaturas, tiempo que también es superior entre las de clases menos acomodadas. La división sexual del trabajo se hace patente en el número de horas dedicado por hombres y mujeres al trabajo remunerado, superior entre los hombres, y al doméstico y familiar, más alto entre las mujeres, incluso si estas tienen un trabajo remunerado. El tiempo de trabajo total es superior en las mujeres. Mientras que el número de hijos o hijas en el hogar no se asocia al tiempo de trabajo remunerado o doméstico y familiar en los hombres, entre las mujeres el tiempo dedicado al trabajo doméstico y familiar se incrementa de forma lineal con el número de criaturas y, especialmente, entre las de las clases más desfavorecidas; en los hombres, en cambio, la dedicación es superior en los que tienen un mayor nivel de formación.

11. La convivencia con personas con discapacidad se asocia a un peor estado de salud. Convivir con una persona con discapacidad se asocia de forma consistente con diferentes indicadores de salud en ambos sexos.

12. Algunos comportamientos poco saludables son más frecuentes entre las amas de casa. Aunque no hay diferencias en el estado de salud percibido, estado de salud mental, tabaquismo, sedentarismo u horas de sueño entre amas de casa y mujeres ocupadas, la prevalencia de consumo de psicofármacos y de exceso de peso es superior en las amas de casa.

Propuestas para los servicios públicos de la ciudad

Información

- Incorporar variables clave para el análisis de la salud laboral al sistema de información del Departamento de Estadística del Ayuntamiento de Barcelona, por ejemplo:
 - Seguridad Social: datos de afiliación desagregados por sexo, ocupación, tipo de contrato y país de origen.
 - EPA: principales indicadores desagregados por ocupación (o clase) y país de origen.
- Elaborar informes anuales sobre la salud laboral en Barcelona con los datos procedentes de los sistemas de información rutinarios. Además, elaborar cada cuatro años un informe de salud laboral más detallado cuando estén disponibles los datos de las encuestas de salud de la ciudad que se efectúan con esta periodicidad.
- Elaborar estudios específicos de salud laboral en poblaciones o situaciones vulnerables (precariedad, servicios, comercio y limpieza, inmigración, trabajo no remunerado, trabajo informal...).
- Incluir el trabajo remunerado y el no remunerado en los informes de salud laboral.
- Contribuir a la mejora de la notificación de enfermedades profesionales y enfermedades relacionadas con el trabajo en Barcelona.

Intervención

- Contribuir a la determinación de prioridades de intervención de las administraciones competentes en prevención de riesgos laborales con relación a los colectivos más desfavorecidos, por ejemplo:
 - Intervención de la Inspección de Trabajo en ocupaciones (o actividades económicas) seleccionadas, tanto para la vigilancia del cumplimiento de la normativa de riesgos laborales como de las condiciones de trabajo relacionadas con la salud, por ejemplo el trabajo sin contrato y las jornadas de trabajo largas no retribuidas o no deseadas.
 - Intervención de la autoridad sanitaria y de trabajo en el control de la vigilancia de la salud de los colectivos más desfavorecidos, incluido el diseño de estrategias específicas de captación, seguimiento y evaluación.
 - Promoción de la discusión entre todos los agentes implicados en la salud laboral respecto a posibles intervenciones en los colectivos excluidos de la prevención de riesgos laborales (incluida la vigilancia de la salud) y la asistencia sanitaria laboral: trabajo sin contrato, trabajadores autónomos (sobre todo dependientes), limpieza, hostelería...
- Ofrecer asesoramiento en riesgos psicosociales a las empresas ubicadas en la ciudad.

- Ofrecer apoyo a las personas cuidadoras de otras personas con discapacidad.

Investigación

- Promover la investigación de los determinantes sociales de la salud relacionados con el trabajo remunerado y no remunerado.
- Promover la investigación de los riesgos laborales del trabajo no remunerado.

Sensibilización y estímulo de la intersectorialidad

- Difundir los resultados de los estudios generales y específicos de salud laboral entre los agentes implicados en salud laboral de Barcelona.
- Difundir los resultados de este informe a los agentes de otros ámbitos geográficos para aportar datos que contribuyan al conocimiento de la relación entre el trabajo y la salud, así como la toma de decisiones relacionadas, por ejemplo, respecto a la Directiva Europea del Tiempo de Trabajo.
- Incluir los determinantes de la salud laboral en las políticas de salud y de los efectos en la salud de las políticas que inciden sobre los determinantes de la salud laboral. Por ejemplo, que las políticas de empleo tengan en cuenta el impacto del paro, del cobro de prestaciones económicas de paro y de la temporalidad en el estado de salud.
- Contribuir a la sensibilización y coordinación de las diferentes instituciones públicas y privadas y otros agentes sociales con competencias sobre los determinantes de la salud laboral (trabajo, medio ambiente, educación, sanidad, transporte, género, inmigración...).
- Contribuir a la sensibilización sobre la incorporación de la perspectiva de género y clase social (desigualdades sociales en salud relacionadas con el trabajo) a las actividades relacionadas con la prevención de riesgos laborales.
- Promover la reflexión sobre el tiempo de trabajo en el contexto de los usos del tiempo, con relación a posibles situaciones conflictivas, por ejemplo entre la ampliación del horario de los servicios a la ciudadanía y el impacto en salud de las jornadas no estándar de los trabajadores y trabajadoras de estos servicios, o entre la incorporación de las tecnologías de la información que permiten el trabajo remunerado en el propio domicilio y la prevención de riesgos laborales.
- Incluir los efectos en la salud del trabajo no remunerado en las políticas dirigidas a disminuir las desigualdades de género.
- Promover la distribución equitativa de la dedicación al trabajo no remunerado entre hombres y mujeres.

Anexos

Anexo 1. Ocupaciones más frecuentes en la población ocupada en las diferentes categorías de clase social según la ESB06

Tabla 2. Ocupaciones más frecuentes incluidas en las clases I-II según el sexo

Hombres		Mujeres	
CCO a tres dígitos	%	CCO a tres dígitos	%
Directores de áreas y departamentos especializados	9,1	Profesoras de enseñanza primaria e infantil	11,2
Profesionales técnicos de informática	6,0	Enfermeras	9,9
Gerentes de otras empresas con menos de 10 asalariados	5,2	Profesionales de la organización y la administración de empresas	6,4
Profesionales de la organización y la administración de empresas	5,0	Profesoras de enseñanza secundaria	5,4
Escritores y artistas de la creación y la interpretación	4,2	Médicas y odontólogas	5,3
Abogados y fiscales	4,2	Sociólogas, historiadoras, filósofas, filólogas, psicólogas y similares	4,3
Profesionales del mundo artístico, el espectáculo y los deportes	4,1	Directoras de áreas y departamentos especializados	4,2
Profesores de enseñanza secundaria	4,0	Abogadas y fiscales	3,7
Profesores de universidades y otros centros de enseñanza superior	4,0	Escritoras y artistas de la creación y la interpretación	3,7
Directores generales y presidentes ejecutivos	3,7	Diplomadas en contabilidad, graduadas sociales y técnicas de empresa	3,1
Profesionales de la informática de nivel superior	3,4	Arquitectas, urbanistas e ingenieras planificadoras del tráfico	2,5
Profesionales de la informática de nivel medio	3,2	Profesionales de la informática de nivel superior	2,4
Delineantes y diseñadores técnicos	3,0	Farmacéuticas	2,2
Ingenieros superiores y similares	2,9	Gerentes de otras empresas con menos de 10 asalariados	2,1
Médicos y odontólogos	2,9	Otras profesionales de la enseñanza	2,0
Arquitectos, urbanistas e ingenieros planificadores del tráfico	2,8	Profesionales del mundo artístico, el espectáculo y los deportes	2,0
Diplomados en contabilidad, graduados sociales y técnicos de empresa	2,7	Profesoras de universidades y otros centros de enseñanza superior	2,0
Directores de departamentos de producción	2,6		
Gerentes de empresas de restauración con menos de 10 asalariados	2,2		
Sociólogos, historiadores, filósofos, filólogos, psicólogos y similares	2,2		
Operadores de equipos ópticos y electrónicos	2,2		

Fuente: Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

Tabla 3. Ocupaciones más frecuentes incluidas en la clase III según el sexo

Hombres		Mujeres	
CCO a tres dígitos	%	CCO a tres dígitos	%
Representantes de comercio y técnicos de ventas	20,2	Auxiliares administrativas sin trabajo de atención al público	28,0
Auxiliares administrativos sin trabajo de atención al público	15,2	Profesionales de apoyo de gestión administrativa con trabajos administrativos generales	14,6
Auxiliares administrativos con trabajo de atención al público	7,6	Auxiliares administrativas con trabajo de atención al público	13,5
Profesionales de apoyo de operaciones financieras	6,7	Representantes de comercio y técnicas de ventas	9,2
Gerentes de otras empresas sin asalariados	5,9	Auxiliares contables y financieras	6,6
Empleados de registro de materiales, servicios de apoyo	4,9	Gerentes de otras empresas sin asalariados	3,7
Encargados de sección de un comercio y similares	4,2	Encargadas de sección de un comercio y similares	3,6
Empleados de bibliotecas, servicios de correos y similares	3,8	Profesionales de apoyo de operaciones financieras	3,3
Auxiliares contables y financieros	3,6	Técnicas de la sanidad	3,2
Profesionales de apoyo de gestión administrativa con trabajos administrativos generales	3,3	Otras técnicas en sanidad no clasificadas en otros apartados	3,1
Encargados y jefes de equipo de obras estructurales de la construcción	2,8	Empleadas de información y recepcionistas de oficinas	2,1
Policías	2,2		

Fuente: Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

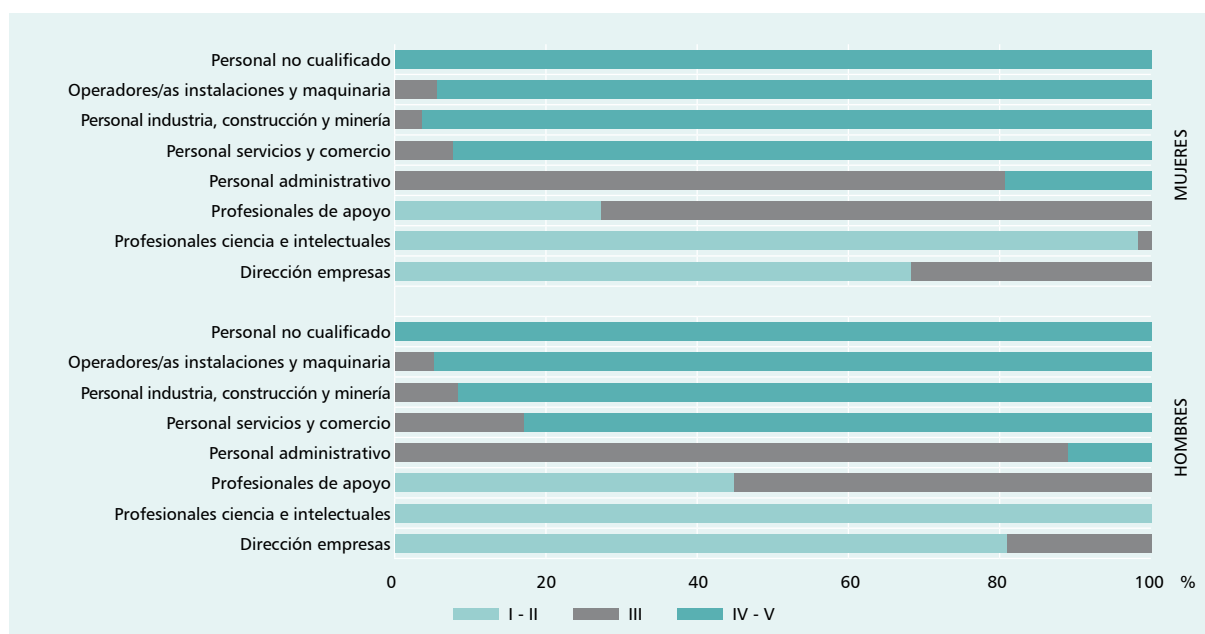
Tabla 4. Ocupaciones más frecuentes incluidas en las clases IV-V según el sexo

Hombres		Mujeres	
CCO a tres dígitos	%	CCO a tres dígitos	%
Dependientes y demostradores de tiendas, almacenes, quioscos y mercados	10,7	Dependientes y demostradoras de tiendas, almacenes, quioscos y mercados	23,7
Camareros, bármanes y similares	7,0	Personal de limpieza de oficinas, hoteles y trabajadoras similares	13,1
Mecánicos y ajustadores de maquinaria	6,3	Empleadas domésticas	12,7
Albañiles y mamposteros	5,7	Empleadas de agencias de viajes, recepcionistas de establecimientos diferentes de oficinas y telefonistas	6,9
Taxistas y conductores de automóviles y furgonetas	5,3	Camareras, bármanes y similares	6,4
Cocineros y otros preparadores de comida	5,0	Auxiliares de enfermería y similares	5,9
Mecánicos y ajustadores de equipos eléctricos y electrónicos	3,9	Cocineras y otras preparadoras de comida	5,3
Peones de la construcción	3,8	Trabajadoras que se dedican al cuidado de personas y similares	4,8
Peones del transporte y descargadores	3,6	Peluqueras, especialistas en tratamientos de belleza	4,0
Electricistas de la construcción y similares	3,4	Cajeras, taquilleras y otras empleadas similares en trato directo con el público	2,5
Otros trabajadores de acabados de la construcción y similares	3,3	Trabajadoras de las industrias textiles, la confección y similares	2,4
Moldeadores, soldadores, planchistas, montadores de estructuras	2,7	Conserjes de edificios, limpiacristales y similares	2,3
Personal de limpieza de oficinas, hoteles y trabajadores similares	2,6		
Conductores de camiones	2,5		
Vigilantes, guardianes y similares	2,4		
Conserjes de edificios, limpiacristales y similares	2,3		
Operadores de otras máquinas móviles	2,2		
Peones de las industrias manufactureras	2,0		
Operadores de máquinas de trabajar metales y otros productos	2,0		

Fuente: Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

Anexo 2. Correspondencia entre los grupos de ocupación y la clase social

Figura 89. Correspondencia entre los grupos de ocupación (CCO a un dígito) y la clase social ocupacional según el sexo



Fuente: Encuesta de Salud de Barcelona, 2006.

Referencias

- 1 Bartley M. Unemployment and ill health: understanding the relationship. *J Epidemiol Comm Health* 1994;48:333-7.
- 2 Whitehead M, Evandrou A, Haglund B, Diderichsen F. As the health divide widens in Sweden and Britain, what's happening to access to care? *BMJ* 1997;315:1006-9.
- 3 Borrell C, Benach J (coord.). *Evolució de les desigualtats en la salut a Catalunya. Informe CAPS-Fundació Jaume Bofill*. Barcelona: Mediterrània; 2005.
- 4 Artazcoz L, Cortès I, Benach J, Benavides FG. Les desigualtats en la salut laboral. A: Borrell C, Benach J (coord.). *Les desigualtats en la salut a Catalunya*. Barcelona: Mediterrània; 2003:251-282.
- 5 Artazcoz L, Cortès I, Benach J. Les desigualtats en la salut laboral. A: Borrell C, Benach J (coord.). *Evolució de les desigualtats en la salut a Catalunya*. Barcelona: Mediterrània; 2005: 225-259.
- 6 Messing K, Punnett L, Bond M, Alexanderson K, Pyle J, Zahm S, Wegman D, Stock SR, de Groenbois S. Be the fairest of them all: Challenges and recommendations for the treatment of gender in occupational health research. *Am J Ind Med* 2003;43:618-629.
- 7 Sorensen G, Verbrugge LM. Women, work, and health. *Ann Rev Public Health* 1987;8:25-51.
- 8 Hall EM. Double exposure: The combined impact of the home and work environments on psychosomatic strain in Swedish men and women. *Int J Health Serv* 1992;22:239-260.
- 9 Hunt K, Annandale E. Just the job? Is the relationship between health and domestic and paid work gender specific? *Sociol Health Illn* 1993;15:632-664.
- 10 Idler E, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav*. 1997;38(1):21-37.
- 11 Mossey J, Shapiro E. Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly. *Am J Public Health*. 1982;72(8):800-8.
- 12 Goldberg D, Cooper B, Eastwood MR, Kedward HB, Shepherd M. A standardized psychiatric interview for use in community surveys. *Br J Prev Soc Med*. 1970;24:18-23.
- 13 Banks MH, Clegg CW, Jackson PR, Kemp NJ, Stafford EM, Wall TD. The use of the General Health Questionnaire as an indicator of mental health in occupational studies. *Journal of Occupational Psychology*. 1980;53:187-94.
- 14 Grupo de la Sociedad Española de Epidemiología y de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. *Una propuesta de medida de la clase social*. Aten Primaria. 2000;25:350-63.
- 15 *Anuari estadístic de Barcelona 2008*. Departament d'Estadística. Ajuntament de Barcelona; 2008.
- 16 Wirth L. Breaking through the glass ceiling: women in management. [Accés: 31 de juliol de 2008] Disponible a: http://www.gouvernement.lu/salle_presse/actualite/2002/02/04jacobsbiltgen/wirth.pdf.
- 17 The concentration of men and women in sectors of activity.
- 18 Janlert U. Unemployment as a disease and diseases of the unemployed. *Scand J Work Environ Health* 1997; 23 (suppl. 3):79-83.
- 19 Dooley D, Fielding J, Levi L. Health and unemployment. *Annu Rev Public Health* 1996;17:449-65.
- 20 Artazcoz L, Benach J, Borrell C, Cortès I. Unemployment and mental health: Understanding the interactions among gender, family roles, and social class. *Am J Public Health* 2004;94:82-88.
- 21 Siegrist J. Adverse health effects of high effort-low reward conditions at work. *J Occup Health Psychology*. 1996;1:27- 43.
- 22 Siegrist J, Starke D, Chandola T, Godin I, Marmot M, Niedhammer I *et al*. The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. *Soc Sci Med*. 2004;58:1483-99.
- 23 Artazcoz L, Benach J, Borrell C, Cortès I. Social inequalities in the impact of flexible employment on different domains of psychosocial health. *J Epidemiol Community Health* 2005;59:761-767.
- 24 Berntsson L, Lundberg V, Krantz G. Gender differences in work-home interplay and symptom perception among Swedish white-collar employees. *J Epidemiol Community Health* 2006 (60),1070-1076.
- 25 Krantz G, Berntsson L, Lundberg V. Total Workload, work stress and perceived symptoms in Swedish male and female white-collar employees. *European Journal of Public Health* 2005, 15(2),209-214.
- 26 Shields. Long-working hours and health. *Perspectives on Labour and Income* 2000, 12(1),49-56.
- 27 Jeffrey. Long working hours, occupational health and the changing nature of work organization. *American Journal of Industrial Medicine* 2006, 49(11),921-929.
- 28 Smith V, Klein KJ, Ehrhart MG. Work Time, Work Interference with Family, and Psychological Distress. *Journal of Applied Psychology* 2002, 87(3),427-436.
- 29 Artazcoz L, Cortès I, Borrell C, Escibà-Agüir V, Cascant L. Gender perspective in the analysis of the relationship between long workhours, health and health-related behaviour. *Scand J Work Environ Health*. 2007;33:344-350.
- 30 Caruso CC, Hitchcock EM, Dick RB, Russo JM, Schmit JM. Overtime and extended work shifts: recent findings on illnesses, injuries, and health behaviours. Cincinnati (OH): US Department of Health and Human Services (DHHS), Centers for Disease Control and Prevention, National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH); 2004. DHHS (NIOSH) report no 2004-143.
- 31 Härmä M. Workhours in relation to work stress, recovery and health. *Scand J Work Environ Health*. 2006;32(6):502-14.

- 32 Spurgeon A, Harrington JM, Cooper CL. Health and safety problems associated with long working hours: a review of the current position. *Occup Environ Med*. 1997;54(6):367-75.
- 33 Van der Hulst M. Long workhours and health. *Scand J Work Environ Health*. 2003;29(3):171-88.
- 34 Golden L, Wiens-Tuers B. To your happiness? Extra hours of labor supply and worker well-being. *Journal of Socio-Economics*. 2006;35:382-397.
- 35 Golden L, Wiens-Tuers B. Mandatory Overtime Work in the United States: Who, Where, and What? *Labor Studies Journal*. 2005;30:1-26.
- 36 Fagan C, Burchell B. Gender, jobs and working conditions in the European Union. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2002.
- 37 Kalleberg AL. Non-standard employment relations: part-time, temporary and contract work. *Annu Rev Sociol* 2000;26:341-365.
- 38 Åkerstedt T. Shift work and disturbed sleep/wakefulness. *Occup Med* 2003;53:89-94.
- 39 Folkard S, Tucker P. Shift work, safety and productivity. *Occup Med* 2003;53:95-101.
- 40 Knutson A. Health disorders of shift workers. *Occup Med* 2003;53:103-108.
- 41 Costa G. The impact of shift and night work on health. *Appl Ergon*. 1996;27(1):9-16.
- 42 OIT. Conditions of Work and Employment Programme Social Protection Sector. Information Sheet WT-5. Ginebra; 2004.
- 43 Nicol AM, Botterill JS. On-call work and health: a review. *Environ Health*. 2004;3(1):15.
- 44 Agència de Salut Pública de Barcelona. La salut de la població immigrant de Barcelona. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona; 2008.
- 45 Fagerstrom K. The Epidemiology of Smoking: Health Consequences and Benefits of Cessation. *Drugs* 2002;62 (Suppl 2):1-9.
- 46 Visscher1 TLS, Seidell JC. The public health impact of obesity. *Annual Review of Public Health* 2001;22:355-375.
- 47 Melzer K, Bengt K, Claude P. Physical activity: the health benefits outweigh the risks. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2004;7:641-7.
- 48 Rajaratnam SMW, Arendt J. Health in a 24-h society. *Lancet*. 2001;358:999-1005.
- 49 Ayas NT, White DP, Al-Delaimy WK *et al*. A prospective study of self-reported sleep duration and incident diabetes in women. *Diabetes Care* 2003;26:380-4.
- 50 Ayas NT, White DP, Manson JE, Stampfer MJ, Speizer FE, Malhotra A. *et al*. A prospective study of sleep duration and coronary heart disease in women. *Arch Intern Med* 2003;163:205-9.
- 51 Gottlieb DJ, Redline S, Nieto FJ, Baldwin CM, Newman AB, Resnick HE *et al*. Association of usual sleep duration with hypertension: the Sleep Heart Health Study. *Sleep*. 2006;29:1009-14.
- 52 Flaquer, L. Les polítiques familiars en una perspectiva comparada. Barcelona: Fundació "la Caixa"; 2000.
- 53 Meil G. La protección social a la familia en España. A: Una interpretación de su realidad social. Madrid: Fundación Encuentro, Ministeri d'Educació i Ciència; 1999.
- 54 Instituto de Estudios Laborales de ESADE. Tercer informe Randstad: Calidad del trabajo en la Unión Europea: las políticas de conciliación. Madrid: ESADE; 2004.
- 55 Artazcoz L, Borrell C, Benach J. Gender inequalities in health among workers: the relation with family demands. *J Epidemiol Community Health* 2001;55:639-647.
- 56 Artazcoz L, Borrell C, Rohlfs I, Beni C, Moncada A, Benach J. Trabajo doméstico, género y salud en población ocupada. *Gac Sanit* 2001;15:150-153.
- 57 Artazcoz L, García-Calvente MM., Esnaola S, Borrell C, Sánchez-Cruz J J, Ramos J L *et al*. Desigualdades de género en salud: la conciliación de la vida laboral y familiar. A: Cabasés JM, Villalbí JR., Aibar C (ed.). Invertir para la salud. Prioridades en salud pública. Informe Sespas 2002. València: SESPAS; 2002.
- 58 Artazcoz L, Artieda L, Borrell C, Cortès I, Benach J, García V. Combining job and family demands and being healthy: What are the differences between men and women?. *Eur J Public Health* 2004;14:43-48.
- 59 Conselleria de Sanitat. Encuesta de salud de la Comunidad Valenciana (2000-2001). València: Conselleria de Sanitat, Oficina del Pla de Salut, Generalitat Valenciana; 2002.
- 60 Nathanson CA. Illness and the feminine role: a theoretical review. *Soc Sci Med*. 1975;9:57-62.
- 61 Nathanson CA. Social roles and health status among women: The significance of employment. *Soc Sci Med*. 1980;14:463-71.
- 62 Verbrugge, LM. Multiple roles and physical health of women and men. *J Health Soc Behav*. 1983;24:16-30.
- 63 Artazcoz L, Borrell C, Benach J, *et al*. Women, family demands and health: the importance of employment status and social class. *Soc Sci Med*. 2004;59:263-74.
- 64 Sorensen G, Verbrugge LM. Women, work, and health. *Ann Rev Public Health* 1987;8:25-51.
- 65 Hunt K, Annandale E. Just the Job? Is the relationship between health and domestic and paid work gender-specific? *Soc Health Illn* 1993;15:632-64.
- 66 Artazcoz L, Cortès I, Moncada A, *et al*. Influencia del trabajo doméstico sobre la salud de la población ocupada. *Gac Sanit* 1999;13:201-7.

C S B Consorci Sanitari de Barcelona

 **Agència
de Salut Pública**